

KONCEPCIA REFORMY FINANCOVANIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

VÝCHODISKÁ PRE ZMENU SYSTÉMU FINANCOVANIA SOCIÁLNYCH
SLUŽIEB SO ZAMERANÍM NAJMÄ NA SOCIÁLNE SLUŽBY DLHODOBEJ
SOCIÁLNO-ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR

Bratislava, december 2024

OBSAH

Obsah.....	2
A. Základná informácia o Koncepcii.....	4
B. Zhrnutie	6
C. Analýza súčasnej situácie	7
1. Hlavné výzvy súčasného systému.....	8
D. Strategická časť	24
2. Vízia a definovanie strategických cieľov	24
3. Nastavenie strategických cieľov reformy	27
4. Rámec reformy podľa Plánu obnovy a odolnosti	30
5. Predpoklady pre reformu financovania sociálnych služieb.....	31
6. Reforma vo financovaní sociálnych služieb podmienených odkázanosťou	33
7. Nadväzná zmeny týkajúce sa sociálnych služieb plánované po roku 2026.....	49
E. Plán implementácie reformy financovania sociálnych služieb.....	59
8. Spôsob implementácie reformy a schválenia.....	59
9. Plán realizácie aktivít a časový harmonogram	59
10. Rozpočet a zdroje financovania.....	62
11. Systém monitorovania a hodnotenia realizácie	69
F. Záver	70
G. Prílohy.....	71

SKRATKY V ABECEDNOM PORADÍ:

ADOS	Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
CDR	Centrum pre deti a rodinu
CID	Vykonávacie rozhodnutie Rady (angl.)
COVID-19	Infekčné ochorenie vyvolané koronavírusom SARS-CoV-2
CSR	Spoločenská zodpovednosť podnikov
Dohovor	Dohovor OSN o právach o právach osôb so zdravotným postihnutím
EÚ	Európska únia
FPP	Finančný príspevok na prevádzku
HDP	Hrubý domáci produkt
IKT	Informačno-komunikačné technológie
IS SoS	Informačný systém sociálnych služieb
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálnych vecí Českej republiky
MPSVR SR/ministerstvo	Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR
MV SR	Ministerstvo vnútra SR
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva SR
NIKA	Národná implementačná a koordinačná autorita
NPSS	Nenávratný príspevok sociálnej služby
OECD	Organizácia pre hospodársku spoluprácu a rozvoj
OSN	Organizácia Spojených národov
OŠE úkon	Ošetrovateľský úkon
PMÚ	Protimonopolný úrad
POO K13	Plán obnovy a odolnosti SR, Komponent 13
PPnO	Peňažný príspevok na opatrovanie
PPO	Príspevok na pomoc pri odkázanosti
PSS	Poskytovateľ sociálnej služby
SoS	Sociálna služba/Sociálne služby
SR	Slovenská republika
SVHZ	Služby všeobecného hospodárskeho záujmu
SWOT	Analýza vnútorných silných a slabých stránok
ŠÚ SR	Štatistický úrad Slovenskej republiky
Úrad práce	Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny
VÚC	Vyšší územný celok
Zákon o sociálnych službách	Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov v znení neskorších predpisov
ZOS	Zariadenie opatrovateľskej služby
ZP	Zdravotná poisťovňa
ZP/ŤZP	Zdravotné postihnutie/ Ťažké zdravotné postihnutie
ZpS	Zariadenie pre seniorov
ZSS	Zariadenie sociálnych služieb
ZZS	Zariadenie zdravotnej starostlivosti

A. ZÁKLADNÁ INFORMÁCIA O KONCEPCII

Sociálne služby sú v Slovenskej republike súčasťou systému sociálneho zabezpečenia ako špecializované činnosti zamerané na odstraňovanie a zmierňovanie dôsledkov nepriaznivej sociálnej situácie, prevenciu jej vzniku, jej riešenie, a to v záujme sociálneho začlenenia jednotlivca, rodiny alebo komunity, resp. zabránenia ich sociálnemu vylúčeniu. Právne vzťahy pri poskytovaní sociálnych služieb, financovanie sociálnych služieb a kontrolná činnosť vo veciach sociálnych služieb sú upravené zákonom o sociálnych službách.

Koncepcia reformy financovania sociálnych služieb (ďalej len „Koncepcia“) je vypracovaná na základe Komponentu 13 Plánu obnovy a odolnosti SR Dostupná a kvalitná dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť v rámci reformy 1: Reforma integrácie a financovania dlhodobej sociálnej a zdravotnej starostlivosti.

Koncepcia je národným koncepčným dokumentom, ktorý obsahuje základné východiská pre potrebu zmeny systému financovania sociálnych služieb, s cieľom zabezpečiť ich dostupnosť pre osoby, ktoré sú na ne odkázané, a to tak fyzickú ako aj finančnú. Účelom takejto zmeny je vytvoriť predpoklady pre systém financovania sociálnych služieb, ktorý bude udržateľný, a finančné prostriedky na ich poskytovanie a zabezpečovanie budú vynakladané efektívne a účelne. Koncepcia sa prioritne zameriava na reformu financovania sociálnych služieb podmienených odkázanosťou s návrhom tiež komplexnej zmeny systému financovania všetkých druhov sociálnych služieb. Sociálne služby podmienené odkázanosťou tvoria základnú kostru dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti na Slovensku¹. Samotná Koncepcia nemá vplyv na štátny rozpočet, alebo rozpočet samospráv, ani iné vplyvy, ale načrtáva parametre predpokladaných vplyvov navrhnutých riešení, ktorý sa premietne do právnej úpravy od roku 2026. Z toho dôvodu sa ku koncepcii nevypracovávajú príslušné analýzy vplyvov.

Súčasný systém financovania sociálnych služieb už dostatočne nereflektuje demografický vývoj a s ním spojený zvyšujúci sa dopyt po sociálnych službách, socio-ekonomické zmeny v spoločnosti, a najmä s nimi spojené zvyšujúce sa náklady na zabezpečovanie pomoci odkázaným osobám, vrátane zabezpečenia ošetrovateľskej starostlivosti zo zdrojov verejného zdravotného poistenia. Platná právna úprava pre oblasť sociálnych služieb je komplikovaná a v praxi častokrát nevykonalná, najmä pri plnení obligatórnych povinností menšími obcami alebo pri zabezpečovaní potrebnej ošetrovateľskej či paliatívnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia. Aj tento fakt prispieva k tomu, že spôsob poskytovania sociálnych služieb a ich kvalita nie je vždy v súlade s odporúčaniami a strategickými dokumentami na národnej aj medzinárodnej úrovni. Súčasný systém je preto dlhodobo neudržateľný a jeho zmena je nevyhnutnou pre vyhnutie sa jeho celkovému kolapsu, s vplyvom na najohrozenejšie skupiny obyvateľstva.

Koncepcia je spracovaná v súlade s medzinárodnými dokumentami a záväzkami z nich plynúcimi, ktorých plnením sa Slovenská republika zaviazala, strategickými dokumentami ktoré prijala, s cieľom

¹ Dlhodobá starostlivosť – všetky činnosti vykonávané s cieľom zabezpečiť, aby si osoby so závažnou alebo trvalou stratou schopností sebaobsluhy, alebo osoby ohrozené týmto rizikom, mohli udržať úroveň funkčných schopností, ktoré sú v súlade s ich základnými právami, slobodami a ľudskou dôstojnosťou. Na účely tejto Koncepcie ide o všetky sociálne služby určené pre osoby so zdravotným postihnutím alebo seniorov s nepriaznivým zdravotným stavom.

plniť základné ľudské práva definované Ústavou Slovenskej republiky, ale aj medzinárodnými organizáciami (napr. OSN, Rada Európy alebo EÚ).

Koncepcia bola pripravená participatívnym spôsobom², v spolupráci so všetkými relevantnými aktérmi pôsobiacimi v oblasti sociálnych služieb (vrátane zástupcov územnej samosprávy, poskytovateľov sociálnych služieb, strešných organizácií zastupujúcich cieľové skupiny osôb-prijímateľov sociálnych služieb a ich rodín) a má slúžiť ako podklad pre tvorbu nového legislatívneho rámca pre poskytovanie a financovanie sociálnych služieb, ktorú má Slovenská republika prijať do konca roka 2025. Vzhľadom na tento časový rámec a ďalšiu potrebnú diskusiu Koncepcia pomenováva kľúčové princípy reformy a nie legislatívno-technické návrhy.

Na základe komplexnej analýzy súčasného stavu, ktorá tvorí samostatnú prílohu, Koncepcia pomenúva hlavné problémy identifikované v systéme sociálnych služieb, ich príčiny a dôsledky, ktoré je potrebné zohľadniť pri príprave novej legislatívy v tejto oblasti. V strategickej časti predstavuje podstatu samotnej reformy financovania sociálnych služieb s presahom na potrebné obsahové zmeny v oblasti sociálnych služieb.

² Dňa 27. septembra 2022 bola ministrom práce, sociálnych vecí a rodiny SR zriadená pracovná skupina pre prípravu reformy financovania sociálnych služieb, ktorá má 26 členov.

B. ZHRNUTIE

Primárnym cieľom Konceptie je predstaviť reformu financovania sociálnych služieb dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti (fáza 1), ale prináša aj návrh komplexnej zmeny systému sociálnych služieb (fáza 2).

Fáza 1 do roku 2026 zodpovedá reforme v Pláne obnovy a odolnosti pre oblasť sociálnych služieb podmienených odkázanosťou a je definovaná zavedením príspevku na pomoc pri odkázanosti. Tejto oblasti sa venuje pozornosť aj pri stanovení strategických cieľov (kapitola 3), ktoré vychádzajú jednak z celkových dôsledkov identifikovaných v analýze, ale aj z rámca daného Plánom obnovy a odolnosti SR (kapitola 4). **Nový spôsob financovania sociálnych služieb podmienených odkázanosťou - podstata reformy, je predstavený v kapitole 6.**

Dôraz na riešenie dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti je na Slovensku zásadný. Prognóza starnutia pre Slovensko je jedna z najvyšších a naše výdavky na dlhodobú sociálno-zdravotnú starostlivosť sú oproti ostatným členským krajinám EÚ podpriemerné. Pre porovnanie, podľa údajov Európskej komisie predstavovali náklady na dlhodobú sociálno-zdravotnú starostlivosť v roku 2022 na Slovensku 1 % HDP (s predpokladom nárastu na 2,4 % do roku 2070) a v Česku 1,5 % HDP (s nárastom na 2,9 % do roku 2070). V ďalšom scenári Európskej komisie³, ktorý predpokladá konvergenciu reálnej životnej úrovne, by tieto náklady do roku 2070 stúpili na Slovensku o ďalšie 3 % HDP a v Česku o 1,6 % HDP⁴.

Fáza 2 po roku 2026 (kapitola 7) presahuje oblasť sociálnych služieb podmienených odkázanosťou a predstavuje smerovanie nevyhnutných následných úprav týkajúcich sa podpory a služieb pre iné zraniteľné skupiny, ktoré je potrebné ďalej rozpracovať v nasledujúcom období.

³ Tento scenár skúma vplyv zvýšeného tlaku na služby dlhodobej starostlivosti na jednotkové náklady na starostlivosť. Podobne ako úroveň pokrytia, aj jednotkové náklady na starostlivosť sa v jednotlivých členských štátoch značne líšia, čo je zástupný ukazovateľ rozdielov v množstve a kvalite starostlivosti poskytovanej príjmom. Cieľom „scenáru konvergenencie nákladov“ je zachytiť možný vplyv konvergenencie reálnej životnej úrovne (ktorá vyplýva z makroekonomických predpokladov) na výdavky na dlhodobú starostlivosť.

⁴ EK, Ageing report 2024 [online]. V prognóze z roku 2019 bola predpokladaná hodnota výdavkov na dlhodobú starostlivosť na úrovni 6,9 % HDP, ak by náklady a dostupnosť dlhodobej starostlivosti predstavovali priemer krajín EÚ [online].

C. ANALÝZA SÚČASNEJ SITUÁCIE

Cieľom analytickej časti je zmapovať súčasný stav poskytovania sociálnych služieb v SR a pomenovať hlavné nedostatky a dôvody pre zmeny systému financovania sociálnych služieb. Pri príprave Koncepcie sa komplexnej analýze venovala veľká pozornosť a to aj z dôvodu, že takáto komplexná analýza absentovala. Rozsah analytických výstupov presiahol možný záber tejto Koncepcie. V nasledujúcej kapitole predstavíme len súhrn výsledkov kľúčových analýz, hlavné problémy a ich celkové dôsledky a analýza ako ucelený materiál je samostatnou prílohou (Príloha 1), ktorá obsahuje:

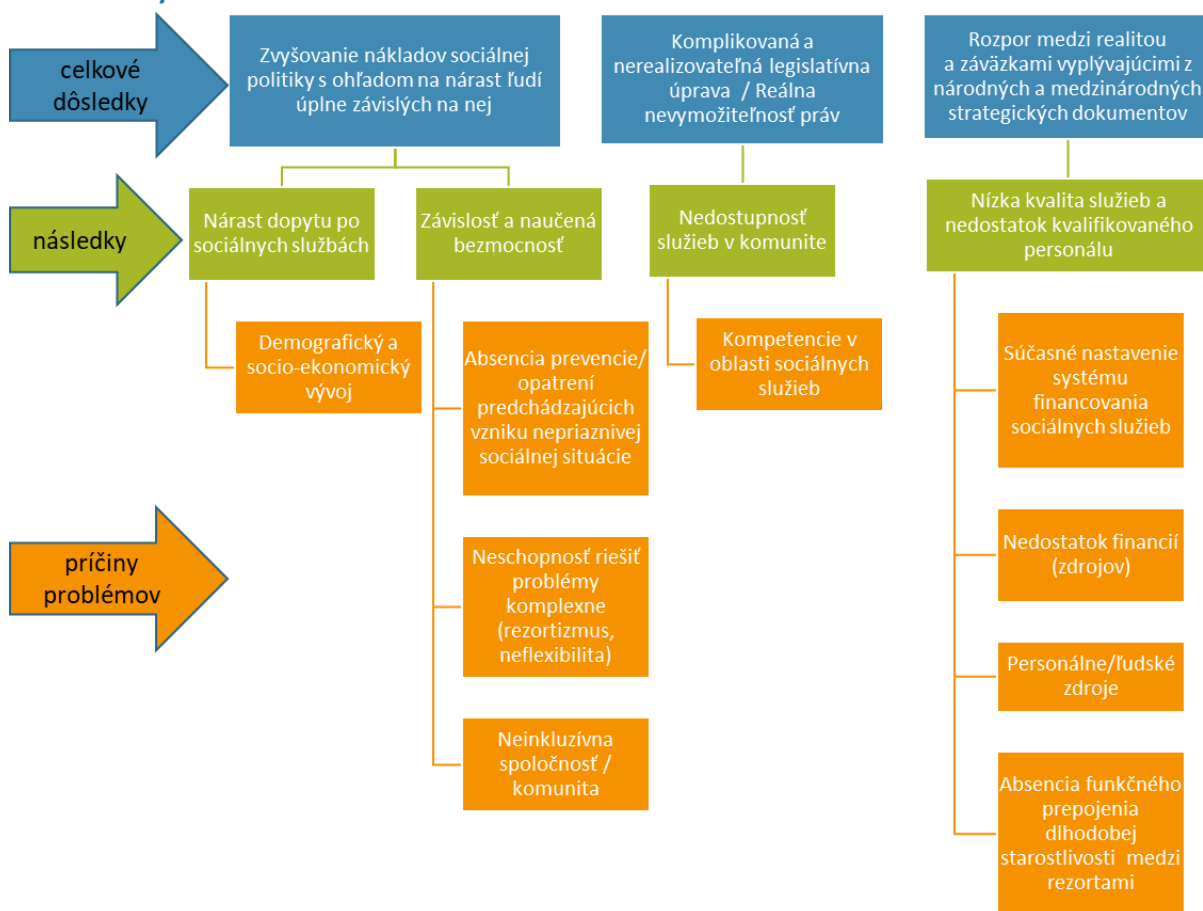
- Popis súčasného systému sociálnych služieb SR a ich financovania
- Stav poskytovania a financovania sociálnych služieb v roku 2023 (aj v porovnaní s rokom 2022)
- Relevantné legislatívne a strategické východiská a dokumenty, ktoré zakladajú dôvody na zmeny v systéme financovania sociálnych služieb
- Demografický a sociálny kontext, očakávaný vývoj
- SWOT analýza súčasného systému financovania sociálnych služieb na základe poznatkov a skúseností zainteresovaných aktérov

Informácie a dáta, ktoré poslúžili ako podklady k analytickej práci, pochádzajú z dostupných informačných systémov v gescii MPSVR SR, ale aj národných a európskych štatistických zisťovaní. Analýza odkazuje na výsledky správ OECD, Európskej komisie, ale aj Ministerstva financií SR, Inštitútu pre výskum práce a rodiny či odborných výstupov rôznych národných projektov.

1. HLAVNÉ VÝZVY SÚČASNÉHO SYSTÉMU

Pri definovaní logického rámca pre Konceptiu komplexná analýza identifikovala negatívne aspekty existujúcej situácie a naznačila súvislosti medzi identifikovanými problémami a ich konzekvenciami. Nasledujúca časť sa na základe výsledkov analýzy zameriava na pomenovanie **9 identifikovaných problémov ich príčin**, (detailne podložené v prílohe 1) ako aj pomenovanie situácie, ktorú dané problémy vyvolávajú (**4 následky**). Sumárne analýza identifikovala **3 celkové dôsledky**, na ktoré je potrebné, aby Slovenská republika reagovala.

Obrázok 1: Diagramové znázornenie hlavných príčin problémov, následkov a celkových dôsledkov súčasného systému



Zdroj: vlastné spracovanie.

Popis obrázka 1.: obrázok pomenúva 9 hlavných príčin problémov súčasného systému, ktoré sú detailnejšie popísané v nasledujúcich kapitolách 1.1 až 1.9. a vyúsťujú do troch celkových dôsledkov, ktorými sú

- Zvyšovanie nákladov sociálnej politiky s ohľadom na nárast ľudí na nej závislých, čoho dôsledkom je nárast dopytu po sociálnych službách a závislosť a naučená bezmocnosť,
- Komplikovaná a nerealizovateľná legislatívna úprava/Reálna nevyhľaditeľnosť práv, ktorej dôsledkom je nedostatok služieb v komunite a
- Rozpor medzi realitou a záväzkami vyplývajúcimi zo strategických dokumentov, s následkom nízkej kvality služieb a nedostatku kvalifikovaného personálu.

Na základe výsledkov analýzy súčasného systému a stavu poskytovania sociálnych služieb môžeme konštatovať, že medzi hlavné problémy súčasného systému patrí fakt, že nie je pripravený čeliť **demografickému a socio-ekonomickému vývoju**, ktorý je prognózovaný pre Slovensko, a jeho dôsledkom. Súčasná zameranie na pobytové formy sociálnych služieb a ľudí s najvyššími stupňami

odkázanosti úplne **opomína podporu prevencie a opatrení**, ktoré by pomohli predchádzať nepriaznivým sociálnym situáciám, resp. ich zhoršovaniu. Sociálne služby dokážu riešiť len niektoré oblasti a **chýbajúca prepojenosť a nadrezortný prístup** neumožňuje komplexne riešiť niektoré situácie ľudí tak, aby intervencie boli naozaj efektívne a zmysluplné. Na podporu nezávislého života a výsledky podpory v rámci sociálnych služieb má vplyv aj **nastavenie spoločnosti či komunity voči zraniteľným skupinám** a ich odôvodneným potrebám v záujme ich sociálneho začlenenia. Veľmi jednoduchým príkladom je bariérovosť verejných priestorov či dostupnosť a zrozumiteľnosť informácií.

Veľkým problémom súčasnej legislatívy je **roztrieštenosť kompetencií**, a to najmä v oblasti zabezpečovania a financovania sociálnych služieb. Celkovo je systém neprehľadný, mnohí poskytovatelia aj územné samosprávy avizujú, že výpočet finančného príspevku na prevádzku poskytovanej sociálnej služby je náročný a často chýbajú vstupné údaje pre jeho výpočet. Veľmi komplikovane sa v systéme sociálnych služieb orientujú aj ľudia, ktorí o nejakú sociálnu službu či inú formu podpory žiadajú pre seba alebo svojich blízkych.

Napriek snahám a aj reálnemu navyšovaniu **financií do systému sociálnych služieb** z rôznych zdrojov, stále nie sú zdroje dostatočné na to, aby boli rozvoj, dostupnosť a kvalita sociálnych služieb uspokojivé. Nie je udržateľne doriešená otázka **financovania sociálnych služieb poskytovaných ľuďom s nízkym príjmom**, teda najmä kto a koľko bude platiť, resp. doplácať za túto sociálnu službu. V oblasti dlhodobej starostlivosti **financovanie zdravotnej ošetrovateľskej starostlivosti** zo zdrojov verejného zdravotného poistenia, poskytovanej v rámci vybraných druhov sociálnych služieb podmienených odkázanosťou, nezodpovedá realite a potrebám. V neposlednom rade sa mnohí poskytovatelia boria **s problémom získať dostatočný počet kvalifikovaného personálu**, a to nielen z dôvodu nízkej úrovne ich reálneho odmeňovania, ale aj z dôvodu celkového nízkeho sociálneho statusu a perspektívy rastu pracovníkov v sociálnej oblasti.

1.1 DEMOGRAFICKÝ A SOCIO-EKONOMICKÝ VÝVOJ

- starnutie populácie (v horšom zdraví)
- ohrozenie chudobou – viacdtné rodiny, jednorodičovské domácnosti, osamelí seniori, ľudia so zdravotným postihnutím alebo nepriaznivým zdravotným stavom, ľudia bez domova
- závislosť na príspevkoch (štátnych dávkach a peňažných príspevkoch zo strany štátu ako napríklad peňažný príspevok na opatrovanie) a iných prostriedkoch z verejných zdrojoch (napr. pohľadávky z nezaplatených úhrad vo svojich dôsledkoch kryté z rozpočtov územnej samosprávy)
- regionálne rozdiely, vidiecky verzus mestský charakter
- živnostníci s minimálnymi odvodmi a ľudia pracujúci za minimálnu mzdu s dôsledkami na úroveň ich príjmu pri odkázanosti v budúcnosti

Starnutie obyvateľstva je významný demografický trend, ktorý prebieha na Slovensku už niekoľko desaťročí, pričom jeho intenzita sa postupne zvyšuje. Najintenzívnejšia fáza starnutia obyvateľstva na Slovensku je však ešte len pred nami. Najnovšie prognózy potvrdzujú nezvratnosť starnutia populácie

na Slovensku počas najbližších štyroch desaťročí a tiež malé možnosti tento proces ovplyvniť.⁵ Výrazné je zaostávanie Slovenska v porovnaní s inými krajinami EÚ27 čo sa týka parametrov dĺžky dožitia.⁶

Na Slovensku bol v roku 2021 ohrozený príjmovou chudobou každý ôsmy obyvateľ, čo predstavovalo takmer 660-tisíc osôb. Prvýkrát miera rizika chudoby narástla medziročne vo všetkých krajoch Slovenska, najvýraznejšie v Prešovskom kraji. Najviac ohrozené boli viacdenné domácnosti, neúplné domácnosti s deťmi. V domácnostiach bez detí je chudoba najčastejšia **v kategórii osamelých seniorov vo veku 65 a viac rokov, pod hranicou chudoby žila takmer tretina z nich (32,3 % osôb v roku 2022 oproti 25,9 % osôb v roku 2021 a 9 % v roku 2015)**.⁷ Ľudia so zdravotným postihnutím majú vyššie riziko chudoby alebo sociálneho vylúčenia, najmä z dôvodu ich nižšieho zapojenia sa do pracovných procesov⁸, aj z dôvodu nevytvorenia dostatočných podmienok na ich pracovné uplatnenie.

V dôsledku nedostatočného cieleného rozvinutia terénnej sociálnej práce s jej synergickým pôsobením s inými nástrojmi aktivizujúcej pomoci a podpory, ako aj nedostatočnej a adresnej podpory a rozvoja sociálnych služieb krízovej intervencie a v kontexte demografických zmien sa predpokladá **nárast počtu osôb ohrozených chudobou alebo sociálnym vylúčením, ktorí budú odkázaní na pomoc inej osoby** (vrátane starších ľudí žijúcich v segregovaných komunitách s prítomnosťou koncentrovanej a generačne reprodukovanej chudoby a starších ľudí bez domova⁹).

Zákon o sociálnych službách z dôvodu ochrany príjmu prijímateľa určuje povinný zostatok z príjmu prijímateľa sociálnej služby po zaplatení úhrady za sociálnu službu podmienenú odkázanosťou ku dňu splatnosti tejto úhrady, ktorý v zásade limituje výšku úhrady, ktorú môže od neho poskytovateľ sociálnej služby vyžadovať. Poskytovatelia sociálnych služieb podmienených odkázanosťou evidujú najväčšie **pohľadávky z nezaplatených úhrad**. V roku 2023 to bolo viac ako 22,6 mil. eur (nárast o takmer 2,2 mil. eur oproti roku 2022), pričom takmer 80 % z nich tvoria pohľadávky poskytovateľov v zriaďovacej kompetencii VÚC.

Európska komisia upozorňuje, že **regióny, ktoré čelia kombinovaným výzvam** starnutia obyvateľstva, nízkeho podielu ľudí s vysokoškolským vzdelaním a migrácie mladých ľudí, sú zväčša menej rozvinuté a vidiecke regióny. Práve tu hrozí prehlbovanie rozdielov a tieto procesy oslabujú sociálnu súdržnosť a dôveru v inštitúcie¹⁰.

Dlhodobu sa zvyšuje počet živnostníkov, ktorí platia sociálne odvody z minimálneho vymeriavacieho základu.¹¹ **Súčasne približne 4 % zamestnancov pracujú za minimálnu mzdu.**¹² Tieto dva aspekty

⁵ Štatistický úrad SR. 2022. Popis konštrukčných postupov, analýza a zhodnotenie získaných výsledkov populačnej prognózy jednotlivých variant [\[online\]](#).

⁶ 2024 Ageing Report

⁷ EU SILC. 2023 (príjmové referenčné obdobie kalendárny rok 2022) [\[online\]](#).

⁸ Eurostat. 2022. Disability: higher risk of poverty or social exclusion [\[online\]](#).

⁹ Štatistický úrad SR. Sčítanie obyvateľov domov a bytov 2021. Ľudia bez domova [\[online\]](#).

¹⁰ European Commission, Joint Research Centre. 2021. The demographic landscape of EU territories – Challenges and opportunities in diversely ageing regions [\[online\]](#).

¹¹ Najvyšší kontrolný úrad SR. 2023. Ne(samostatne) zárobkovo činné osoby [\[online\]](#). Z údajov Sociálnej poisťovne vyplýva, že síce sa zvyšuje počet živnostníkov, ktorí platia sociálne poistenie z minimálneho vymeriavacieho základu, ich podiel na priemernom počte živnostníkov je za posledných 5 rokov v priemere na úrovni 80 %.

¹² Konfederácia odborových zväzov SR. 2020. Analýza produktivity práce, spôsobov jej výpočtu na národnej úrovni, porovnanie s krajinami EÚ v nadväznosti na mzdovú úroveň (minimálnu mzdu a priemernú mzdu) krajiny [\[online\]](#). IFP. 2022. Aký vplyv má zvyšovanie minimálnej mzdy na zamestnanosť? [\[online\]](#)

Asociácia zamestnávateľských zväzov a združení SR. 2023. Minimálna mzda 2024: prvé rokovania sa začali. Bude takmer 800 eur? [\[online\]](#).

významne ovplyvňujú výšku budúcich priznávaných dôchodkov. To má za následok aj vplyv na mieru spolufinancovania sociálnych služieb či výšku podielových daní, ktoré získava v rámci daňového prerozdelenia systému územná samospráva aj na financovanie sociálnych služieb (podľa veku obyvateľstva).

1.2 ABSENCIA PREVENČIE A OPATRENÍ PREDCHÁDZAJÚCICH VZNIKU NEPRIAZNIVEJ SOCIÁLNEJ SITUÁCIE

- poskytovanie väčšiny ambulantných a pobytových sociálnych služieb podmienených odkázanosťou na pomoc inej fyzickej osoby pri sebaobsluže je podmienené až vyššími stupňami odkázanosti
- situácia fyzickej osoby sa rieši až po vzniku problému - nemobilizuje sa
- chýbajúca alebo nedostatočná podpora neformálnych opatrovateľov
- slabá osвета, povedomie o povinnostiach a právach obyvateľov
- nejednotné posudzovanie odkázanosti
- stagnácia, resp. absencia sociálnych služieb, ktorých poskytovanie nie je podmienené odkázanosťou
- nedostupné sociálne služby pre rodiny, najmä rodiny so zdravotne znevýhodneným dieťaťom

Zo zákona vyplýva, že poskytovanie ambulantných a pobytových sociálnych služieb podmienených odkázanosťou na pomoc inej fyzickej osoby pri sebaobsluže je väčšinou možné až pri **vyšších stupňoch tejto odkázanosti**. To potvrdzuje aj aplikačná prax a dáta, ktoré sú rozpracované v analytickej časti. V domácom prostredí tak ostáva významná skupina obyvateľov v nižších stupňoch odkázanosti, ktorým nie sú tieto sociálne služby dostupné. Pri **nedostatočnej podpore, sociálnej rehabilitácii a preventívnych aktivitách** (aj v pôsobnosti iných rezortov) sa ich stav zhoršuje a na sociálne služby podmienené odkázanosťou sa obracajú až v komplikovaných a častokrát život ohrozujúcich situáciách. V roku 2023 požiadalo o poskytnutie alebo zabezpečenie sociálnej služby bezodkladne alebo z iných vážnych dôvodov takmer 2 600 žiadateľov a z týchto dôvodov sa začala poskytovať sociálna služba v takmer 1 900 prípadoch.

Z výsledkov výskumu organizácie združujúcej rodiny a podporovateľov ľudí s mentálnym postihnutím vyplýva, že významná časť populácie, ktorá je odkázaná na pomoc inej osoby, zostáva zatiaľ latentná, (nepokrytá verejnou podporou), napr. u starších osôb, o ktoré sa neformálne stará rodina bez verejnej podpory, či u starších ľudí **bez potrebných informácií alebo bez dostupných sociálnych služieb** vo svojom okolí. V aplikačnej praxi absentuje možnosť krátkodobého opatrovania v prípade krízovej situácie (napr. hospitalizácia rodiča v nemocnici) a krátkodobé služby na zabezpečenie voľno-časových aktivít, športového alebo kultúrneho vyžitia¹³. Existujúci nástroj na odľahčenie poberateľov peňažného príspevku na opatrovanie – **odľahčovacia služba** – v roku 2023 využilo len 181 osôb z priemerného mesačného počtu 72 784 poberateľov tohto peňažného príspevku v danom roku. Riešenie týchto problémov je celoeurópskou výzvou, na ktorú reaguje Európska stratégia v oblasti starostlivosti¹⁴ odporúčaniami na podporu neformálnych opatrovateľov, ktorými sú často ženy a príbuzní prijímateľov

¹³ Združenie na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím v SR. 2016. Prieskum potrieb ľudí s mentálnym postihnutím a ich rodín [[online](#)].

¹⁴ Európska komisia. 2022. Európska stratégia v oblasti starostlivosti [[online](#)].

starostlivosti a často bez odbornej prípravy, poradenstva, psychologickkej i adekvátnej finančnej podpory¹⁵ a ochrany.

Nedostupnosť (resp. nezabezpečenie) vhodnej sociálnej služby a neprepojenosť systému sociálnych služieb a sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately spôsobuje, že situáciu dieťaťa už častokrát nie je možné riešiť iným spôsobom, ako odňatím dieťaťa z rodičovskej starostlivosti na základe rozhodnutia súdu. Táto prax je nielen z uhlu pohľadu ochrany práv a právom chránených záujmov detí neprijateľná ale z hľadiska štátneho rozpočtu aj najdrahšia.

Vzhľadom na to, že posudkovú činnosť v oblasti sociálnych služieb vykonávajú VÚC a obce, ktorých je na Slovensku 2 927 (obývaných 2 926), nie je možné zabezpečiť, aby bola zabezpečená jednotnosť **posudzovania odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby pri sebaobsluže v skutkovo zhodných alebo v zásade porovnateľných prípadoch** (posudzovanie odkázanosti na účel poskytovania peňažného príspevku na opatrovanie neformálnym opatrovateľom vykonávajú úrady práce, sociálnych vecí a rodiny). Taktiež je problémom, že posudky (zdravotný, sociálny) a posudky o odkázanosti na sociálnu službu vyhotovované obcami neobsahovali pri kontrole všetky povinné náležitosti. Kontrolou Národného kontrolného úradu SR bolo zistené, že aj po upozornení prokurátorom boli vyhotovované posudky o odkázanosti na sociálnu službu bez náležitostí stanovených v zákone o sociálnych službách¹⁶. Súčasne sa prejavuje aj neefektívnosť v duplicitnom posudkovom systéme¹⁷. Generálna prokuratúra poukázala na viaceré nedostatky vo svojej osobitnej správe k problematike stavu zákonnosti v postupe a rozhodovaní orgánov verejnej správy v konaniach o odkázanosti fyzických osôb na sociálnu službu a v konaniach o pokute pri poskytovaní sociálnych služieb.¹⁸ Prokurátori identifikovali, že najvýznamnejšie porušovanie zákona bolo spojené s nedostatočným výkonom zdravotnej a sociálnej posudkovej činnosti. Nedostatky v znaleckej posudkovej činnosti spočívali v absencii lekárskeho nálezov a správ o zdravotnom stave žiadateľa a záznamov o jej vykonaní. Časté boli prípady nedôslednosti pri vypracovaní zdravotných posudkov, ktorým chýbali zákonom stanovené náležitosti, vrátane termínu opätovného posúdenia zdravotného stavu. Porušovanie zákona pri realizácii sociálnej posudkovej činnosti spočívalo v úplnej absencii sociálnej posudkovej činnosti v niektorých veciach, vo vykonaní sociálnej posudkovej činnosti bez účasti žiadateľa, prípadne v absencii niektorých zákonných náležitostí sociálneho posudku či v nedostatočnom rozsahu samotnej realizácie sociálnej posudkovej činnosti. Vzhľadom na všetky tieto skutočnosti sa zjednotenie posudkového systému stalo podstatou reformy 2 v Komponente 13 Plánu obnovy a odolnosti SR a legislatívny rámec pre financovanie sociálnych služieb bude na túto reformu nadväzovať.

1.3 NESCHOPNOSŤ RIEŠIŤ PROBLÉMY OSÔB SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM KOMPLEXNE (REZORTIZMUS, NEFLEXIBILITA)

- problémy podporovaného rozhodovania
- nedostatočná inklúzia vo vzdelávaní
- problémy podporovaného zamestnávania (aktívnych opatrení na trhu práce)

¹⁵ Inštitút finančnej politiky. 2023. Komentár: Kto sa o nás postará o 50 rokov? [\[online\]](#).

¹⁶ Najvyšší kontrolný úrad SR. 2020. Správa o výsledku kontroly. Domáca opatrovateľská služba [\[online\]](#).

¹⁷ Ministerstvo financií SR. 2020. Moderné a úspešné Slovensko [\[online\]](#).

¹⁸ Generálna prokuratúra SR. 2019. Správa generálneho prokurátora SR o činnosti prokuratúry v roku 2018 a poznatkoch prokuratúry o stave zákonnosti v SR [\[online\]](#).

V súlade s čl. 12 Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím sa predpokladá zavedenie **inštitútu podporovaného rozhodovania**, ktoré vychádza z predpokladu, že každá osoba je schopná sa rozhodnúť, môže k tomu však potrebovať rôznu mieru podpory. Pri podporovanom rozhodovaní je dôležité, že osoba so zdravotným postihnutím má zachovanú svoju spôsobilosť na právne úkony a rozhoduje na základe svojej vlastnej vôle a preferencií, hoci s pomocou tretej osoby (podpornej osoby)¹⁹. Niektoré krajiny tento inštitút síce zaviedli, na Slovensku však nie je právne upravený.

Obmedzenie alebo pozbavenie (do roku 2016) spôsobilosti ľudí so zdravotným postihnutím na právne úkony bolo dlhé roky jediným nástrojom, ako pomôcť prostredníctvom opatrovníctva osobám s mentálnym postihnutím, s problémami v oblasti duševného zdravia alebo seniorom. Avšak, po podpísaní a ratifikovaní Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím sa SR zaviazala nahraďiť náhradné rozhodovanie za podporované rozhodovanie, aby neboli ďalej porušované základné ľudské a občianske práva. V rámci podporovaného rozhodovania je nutné zdôrazniť činnosť osôb, ktoré pomáhajú v rozhodovaní. O problémoch praxe opatrovníctva každoročne informuje Úrad komisára pre osoby so zdravotným postihnutím²⁰. V Národnom programe rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021 – 2030²¹ sa vláda SR zaviazala k reforme opatrovníctva v pôsobnosti Ministerstva spravodlivosti SR. V rámci procesu deinštitucionalizácie sociálnych služieb odborníci zastávajú názor, že napriek rôznym medzinárodným záväzkom SR a prijatým aj pripravovaným legislatívnym zmenám týkajúcim sa konania o spôsobilosti na právne úkony a podporovaného rozhodovania, sudcovia a psychiatri nie sú s týmito zmenami oboznámení a nie sú v tejto oblasti vzdelávaní. V dôsledku toho je potom veľmi ťažké v praxi dosiahnuť, aby človeku, ktorý je „pripravený“ žiť v komunite, bola vrátená spôsobilosť na právne úkony, resp. aby mal obmedzenú spôsobilosť na právne úkony len v nevyhnutnom rozsahu a mohol sa začleniť do spoločnosti.²²

V zmysle čl. 26 Dohovoru by jednotlivé štáty mali podporovať habilitačné a rehabilitačné služby a programy a to najmä v oblasti zdravotníctva, zamestnanosti, vzdelávania a sociálnych služieb, ktoré by mali byť vzájomne prepojené, aby vytvárali komplexnú sieť podpory pre osoby so zdravotným postihnutím. Nedostatočnosť integrovaných prístupov k riešeniu kvalitatívneho rastu slovenskej spoločnosti identifikovala Slovenská republika už pri nastavovaní cieľov pre Agendu 2030²³. Na dosiahnutie kľúčovej zmeny na presadenie ochrany a rozvoja ľudských zdrojov v oblasti vzdelávania identifikovali aj **zvýšenie inkluzívnosti výchovy a vzdelávania na všetkých stupňoch**. Takýto prístup je v súlade s odporúčaniami výboru OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím presnejšie špecifikované vo Všeobecnom komentári č. 4.²⁴ Avšak z výsledkov Štátnej školskej inšpekcie vyplýva, že žiaci so špeciálnymi vzdelávacími potrebami prežívali v kolektívoch triedy istú mieru odmietania, exklúzie. Síce pedagogickí zamestnanci uvádzali, že sú pripravení prijímať všetkých žiakov, majú dlhodobé skúsenosti so vzdelávaním žiakov rôznych skupín, ale aplikovanie ich nadobudnutých skúseností bolo vo vzťahu k uvedeným žiakom nepatrné. Školy nevnímali komplexne myšlienku

¹⁹ Inštitút pre výskum práce a rodiny. 2022. Analýza inštitútu podporovaného rozhodovania [[online](#)].

²⁰ Informácie o podnetoch aj ročné správy dostupné na webe [[online](#)].

²¹ MPSVR SR. 2021. Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021 – 2030 [[online](#)].

²² Implea. 2015. Záverečná správa. Projekt Podpora procesu deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb [[online](#)].

²³ Ministerstvo investícií, regionálneho rozvoja a informatizácie SR. 2020. Vízia a stratégia rozvoja Slovenska do roku 2030 - dlhodobá stratégia udržateľného rozvoja Slovenskej republiky – Slovensko 2030 [[online](#)].

²⁴ Organizácia spojených národov. 2016. Všeobecný komentár č. 4 Výboru OSN pre osoby so zdravotným postihnutím k čl. 24 Vzdelávanie [[online](#)].

inkluzívneho vzdelávania, ale len v zúženom význame, t. j. niečo ako „lepšiu“ formu integrácie žiakov so zdravotným znevýhodnením.

V záujme dosiahnuť čo najvyššie rozvinutie potenciálu dieťaťa, je potrebné začať už v ranom veku a stimulovať nielen vývoj dieťaťa, ale komplexne podporovať aj jeho rodinu hneď od narodenia. Ekonomické prínosy tohto prístupu boli analyticky podložené aj v podmienkach SR²⁵. Nedostatky v tejto oblasti sú analyzované v samostatnom strategickom dokumente²⁶. Ďalším problémom je aj nízka účasť detí so sociálnym a zdravotným znevýhodnením v predprimárnom vzdelávaní. Medzi hlavné dôvody tohto stavu patrí nedostatok kapacít materských škôl. Existujú tiež viaceré prekážky prístupu k predprimárnemu vzdelávaniu, ako napríklad chýbajúce priestorové úpravy pre deti so zdravotným postihnutím či finančné bariéry. Zaškolenosť medzi predškólakmi so zdravotným znevýhodnením (67 %) takisto výrazne zaostáva za predškólakmi bez znevýhodnenia (88 %). Pritom práve predprimárne vzdelávanie patrí k významným faktorom pozitívne vplyvujúcim na neskoršie vzdelávacie výsledky žiakov²⁷.

Na Slovensku sa v špeciálnom vzdelávacom prúde pre žiakov so zdravotným znevýhodnením vzdeláva nadmerný podiel žiakov v porovnaní s inými krajinami (takmer 6 % v porovnaní s necelými 2 % vo vybraných krajinách EÚ v školskom roku 2014/15). Až 88 % žiakov v špeciálnom vzdelávacom prúde má diagnostikované mentálne postihnutie. Výskyt diagnostikovaného ľahkého mentálneho postihnutia je pritom skoro päťnásobne vyšší medzi žiakmi z prostredia MRK (19 %) v porovnaní s celkovou populáciou žiakov základných škôl (4 %)²⁸. Títo žiaci sú často priestorovo vyčleňovaní do samostatných škôl, školských budov či tried. Takzvané F odbory ako “slepá ulička” vo vzdelávaní majú následok v **ťažkej uplatniteľnosti na trhu práce**. Podobne aj žiaci predčasne končiaci povinnú školskú dochádzku majú oveľa väčšie riziko nezamestnanosti²⁹.

Slovensko má síce celkovo priaznivú mieru nezamestnanosti, avšak dlhodobo má problém s dlhodobo nezamestnanými. Na Slovensku pracuje príliš málo ľudí, čo znižuje ekonomickú výkonnosť krajiny aj kvalitu života ľudí³⁰. V slovenskom kontexte sa podporované zamestnávanie, realizované prostredníctvom agentúr podporovaného zamestnávania³¹, zameriava na podporu zamestnávania dlhodobo nezamestnaných a občanov so zdravotným postihnutím na otvorenom trhu práce. Pre určité skupiny občanov so zdravotným postihnutím predstavuje zamestnávanie v chránených dielňach nenahraditeľný nástroj inklúzie, ale v chránených dielňach sú zamestnávaní aj ľudia, ktorí by sa s adekvátnou podporou dokázali uplatniť aj na otvorenom trhu práce.. Cez agentúry podporovaného zamestnávania či integračné sociálne podniky je vhodné zamerať sa na rôzne cieľové skupiny³².

²⁵ Inštitút sociálnej politiky. 2022. Najvyšší čas na včasnú intervenciu. Analýza nákladov a prínosov včasnej intervencie pri poruchách autistického spektra [[online](#)].

Inštitút vzdelávacej politiky – Útvar hodnoty za peniaze– Inštitút sociálnej politiky. 2018. Počúvajte potreby včasnej intervencie. Analýza nákladov a prínosov terénnej včasnej intervencie pre deti so sluchovým postihnutím [[online](#)].

²⁶ MPSVR SR. 2022. Národná stratégia rozvoja koordinovaných služieb včasnej intervencie a ranej starostlivosti 2022-2030 [[online](#)].

²⁷ Plán obnovy a odolnosti. Komponent 6 [[online](#)].

²⁸ Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR. 2021. Stratégia inkluzívneho prístupu vo výchove a vzdelávaní [[online](#)].

²⁹ Ministerstvo financií SR. 2020. Revízia výdavkov na skupiny ohrozené chudobou alebo sociálnym vylúčením [[online](#)].

³⁰ MPSVR SR. 2022. Strategické priority rozvoja zamestnanosti v Slovenskej republike s výhľadom do roku 2030 [[online](#)].

³¹ § 58 zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov [[online](#)].

³² Napríklad jedno z opatrení v Konceptii prevencie a ukončovania bezdomovstva je „Systémová podpora poskytovania služieb podporovaného zamestnávania, vrátane pomoci pri hľadaní a udržaní zamestnania ľudí bez domova a zavedenie systémového financovania.“ (MPSVR SR. 2022. Národná koncepcia prevencie a ukončovania bezdomovstva [[online](#)])

Nevyhnutné je, aby sa na Slovensku posilnila individuálna práca so znevýhodnenými skupinami na trhu práce. Na základe dát prichádza do úvahy intenzívnejšia spolupráca s neštátnymi službami zamestnanosti, resp. inými vybranými subjektmi zameranými na tento druh činností, ako aj posilnenie štátnych kapacít v tejto oblasti, prípadne kombinácia týchto prístupov. V oboch prípadoch je potrebné naviazať časť financovania na dosiahnuté výsledky pri umiestňovaní uchádzačov na trh práce³³.

Inštitút pre výskum práce a rodiny vypracoval v roku 2018 výskumnú úlohu Rozvoj spolupráce agentúr podporovaného zamestnávania so zamestnávateľmi a úradmi práce, sociálnych vecí a rodiny pri poskytovaní služieb podporovaného zamestnávania³⁴, kde na základe analýzy identifikujú ako jeden z problémov slabé, až absentujúce systematickejšie prepojenie a koordináciu politiky zamestnanosti a politiky sociálnych služieb pri podpore vstupu osôb so zdravotným postihnutím na trh práce. Podobne je to aj s prepojením na duálne vzdelávanie alebo kariérové poradenstvo na školách.

1.4 NEINKLUZÍVNA SPOLOČNOSŤ / KOMUNITA

- bariéry brániace prístupnosti vrátane bariérových verejných priestorov a bývania
- nastavenie spoločnosti voči zraniteľným/osveta
- absencia verejnej diskusie v spoločnosti a médiách o nutnosti riešenia problému zvýšenej potreby dlhodobej starostlivosti vzhľadom na demografický vývoj
- tabuizovanie zdravotného postihnutia, starnutia, zomierania a smrti

Podľa preambuly Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím je zdravotné postihnutie pojem, ktorý sa vyvíja, a je výsledkom vzájomného pôsobenia medzi osobami so zhoršeným zdravím a medzi bariérami v postojoch a v prostredí, ktoré im bránia plne a účinne sa zúčastňovať na živote spoločnosti na rovnakom základe s ostatnými. Prístupnosť je jedna zo všeobecných zásad Dohovoru aj s poukazom na jeho článok 9. Z tohto dôvodu je pre zvyšovanie samostatnosti ľudí a znižovanie závislosti na sociálnych politikách dôležité **nastavenie spoločnosti a prístupné prostredie, služby a tovary**³⁵. Podľa výsledkov reprezentatívneho prieskumu „Chceme zostať doma“³⁶, sa ukázalo, že väčšina ľudí (93 %) chce zostať v prípade zhoršenia zdravotného stavu v domácom prostredí.

Existuje viacero správ vrátane ročných správ o činnosti komisárky pre osoby so zdravotným postihnutím, ktoré sa venujú plneniu článku 9 Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím so zameraním na fyzickú prístupnosť budov. Konštatujú, že napriek existencii Vyhlášky MŽP SR č. 532/2002 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o všeobecných technických požiadavkách na výstavbu a o všeobecných technických požiadavkách na stavby užívané osobami s obmedzenou schopnosťou pohybu a orientácie, aj naďalej vznikajú bariérové stavby³⁷. Problém prístupnosti si uvedomuje aj Európska komisia, a preto zohľadnenie politik v oblasti prístupnosti, právne predpisy a normy pri príprave a vykonávaní programov určila ako základnú podmienku pre čerpanie európskych

³³ Ministerstvo financií SR. 2020. Revízia výdavkov na skupiny ohrozené chudobou alebo sociálnym vylúčením [[online](#)].

³⁴ Inštitút pre výskum práce a rodiny. 2018. Rozvoj spolupráce agentúr podporovaného zamestnávania so zamestnávateľmi a úradmi práce, sociálnych vecí a rodiny pri poskytovaní služieb podporovaného zamestnávania [[online](#)].

³⁵ Ministerstvo investícií, regionálneho rozvoja a informatizácie SR. 2020. Vízia a stratégia rozvoja Slovenska do roku 2030 - dlhodobá stratégia udržateľného rozvoja Slovenskej republiky – Slovensko 2030. Slovensko sú ľudia a regióny pre ich spokojný a plnohodnotný život [[online](#)].

³⁶ SOCIA. 2018. Chceme zostať doma [[online](#)].

³⁷ SOCIA. 2022. Prístupnosť na Slovensku. Situačná analýza plnenia článku 9 Dohovoru OSN o právach ľudí so zdravotným postihnutím so zameraním na fyzickú prístupnosť budov [[online](#)].

fondov³⁸. Aj Najvyšší kontrolný úrad SR vo svojej správe z kontroly poskytovateľov sociálnych služieb poukázal na problém neplnenia podmienok debarierizácie. Súčasne kontrolný úrad poukázal na významný investičný a modernizačný dlh³⁹.

Najväčšími výzvami v oblasti bývania podľa Bytovej politiky Slovenskej republiky do roku 2030⁴⁰ sú fyzický nedostatok bytového fondu, nízka **dostupnosť nájomného bývania**, zhoršenie finančnej dostupnosti bývania veľkej časti domácností, demografické zmeny v spoločnosti, obmedzené verejné zdroje určené na podporu bývania. Špecifickú pozornosť podľa tejto národnej stratégie je potrebné venovať riešeniu bývania zraniteľných skupín obyvateľstva vrátane budovania cenovo dostupného sociálneho bývania a **bezbariérového užívateľného nájomného bývania**. Uvedené sa však netýka len osôb so zdravotným znevýhodnením, ale predstavuje aj výzvu z hľadiska starnutia populácie. Navrhovaným opatrením je aj systematicky prepájať sociálne nájomné bývanie s poskytovaním podporných sociálnych služieb v opodstatnených prípadoch.

V súčasnom svete, ktorý kladie dôraz na ekonomickú aktivitu jednotlivcov, sa skupiny, ktoré sa nemôžu plnohodnotne podieľať na pracovnom trhu odsúvajú na okraj. **Nastavenie spoločnosti voči seniorom, ľuďom so zdravotným postihnutím (vrátane osôb, ktoré sa o nich starajú), ľuďom bez domova alebo ľuďom z marginalizovaných rómskych komunít** je aj z tohto dôvodu rezervované a v konečnom dôsledku môže byť situácia týchto ľudí prehladaná.

Sociálne vylúčenie niektorých skupín obyvateľstva potvrdzujú aj viaceré strategické dokumenty Slovenskej republiky⁴¹. Zvyčajne sa chudoba a sociálne vylúčenie interpretuje ako zlyhanie jednotlivca a nezáujem zmeniť svoju životnú situáciu. Stratégie zdôrazňujú potrebu používania nestigmatizujúceho jazyka, ľudskoprávny prístup a šírenie osvedčenia, mediálne kampane, podporu vzdelávania odborníkov, pracovníkov vo verejných službách a podobne.

1.5 KOMPETENCIE V OBLASTI SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

- časté legislatívne úpravy bez zohľadnenia reálnej únosnosti (nielen finančných) vplyvov ustanovených povinností na územnú samosprávu a poskytovateľov sociálnych služieb
- roztrieštenosť kompetencií pri zabezpečovaní služieb medzi obcami a VÚC spôsobuje neprehľadnosť a komplikovanosť pre územnú samosprávu aj občanov
- časť sociálnych služieb nie je explicitne delenými kompetenciami územnej samosprávy (financovaním) vôbec pokrytá
- najmä menšie obce nemajú dostatok personálnych a finančných kapacít na pokrytie kompetencií

³⁸ Základné horizontálne podmienky podľa Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2021/1060 z 24. júna 2021, ktorým sa stanovujú spoločné ustanovenia o Európskom fonde regionálneho rozvoja, Európskom sociálnom fonde plus, Kohéznom fonde, Fonde na spravodlivú transformáciu a Európskom námornom, rybolovnom a kvakultúrnom fonde a rozpočtové pravidlá pre uvedené fondy, ako aj pre Fond pre azyl, migráciu a integráciu, Fond pre vnútornú bezpečnosť a Nástroj finančnej podpory na riadenie hraníc a vízovú politiku [\[online\]](#).

³⁹ Najvyšší kontrolný úrad SR. 2018. Záverečná správa. Sociálne služby pre seniorov [\[online\]](#).

⁴⁰ Ministerstvo dopravy a výstavby SR. 2021. Bytová politika Slovenskej republiky do roku 2030 [\[online\]](#).

⁴¹ MPSVR SR. 2022. Národná koncepcia prevencie a ukončovania bezdomovstva [\[online\]](#).

Ministerstvo vnútra SR. 2021. Stratégia rovnosti, inklúzie a participácia Rómov do roku 2030 [\[online\]](#).

MPSVR SR. 2021. Národná stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti [\[online\]](#). a iné.

V rámci decentralizácie sa pôsobnosť pri poskytovaní, zabezpečovaní a financovaní sociálnych služieb **preniesla na územnú samosprávu**. Cez fiškálnu decentralizáciu boli aj zabezpečené finančné zdroje pre územné samosprávy v rámci daňového prerozdelenia mechanizmu, konkrétne na poskytovanie domácej opatrovateľskej služby obcami sa v dôvodovej správe nariadenia vlády SR č. 668/2004 Z. z. o rozdeľovaní výnosu dane z príjmov územnej samosprávy odporučilo 5 % a pre VÚC 32 % na sociálne služby pre osoby so zdravotným postihnutím. Avšak postupne boli prenášané na územnú samosprávu ďalšie kompetencie v oblasti sociálnych služieb do ich samosprávnej pôsobnosti, bez kompenzovaného vplyvu na verejné rozpočty samospráv z hľadiska posilnenia ich príjmovej časti, resp. v prerozdelenom daňovom systéme a zaviedli sa aj nesystémové príspevky pre vybrané druhy sociálnych služieb z rozpočtu ministerstva. Od účinnosti zákona o sociálnych službách v januári 2009 bol tento zákon do roku 2024 novelizovaný viac ako tridsaťkrát. Postupne boli pridávané nové druhy sociálnych služieb a menili a dopĺňali sa podmienky ich poskytovania, menili a dopĺňali sa kompetencie miestnej a regionálnej samosprávy, upravovali sa štandardy kvality poskytovanej služby a povinnosti poskytovateľov sociálnych služieb, menili a dopĺňali sa práva prijímateľov sociálnej služby, zavádzal sa informačný systém sociálnych služieb. Všetky tieto úpravy vytvorili **komplexný zákon, ktorý je často pre laickú i odbornú verejnosť a najmä subjekty, ktorých práva a povinnosti zákon upravuje, neprehľadný a komplikovaný**. Zákonom o sociálnych službách je upravených celkom 40 druhov sociálnych služieb, z toho 11 z nich má v obligatórnej pôsobnosti obec a 14 VÚC. Až pri 15 z nich však nemajú obligatórnu pôsobnosť pri ich poskytovaní, zabezpečovaní ani spolufinancovaní obce ani VÚC. Prevažne ide o podporné sociálne služby.

Plán obnovy a odolnosti SR v Komponente 16 identifikuje ako jednu z výziev aj neuspokojivú situáciu výkonu verejných služieb z dôvodu rozptýlenia výkonu samosprávnych kompetencií na množstvo malých obcí, ktorá spôsobuje najmä **nedostatočnú personálnu a odbornú kapacitu** na poskytovanie a zabezpečovanie administratívnych a vecných služieb.

1.6 ABSENCIA FUNKČNÉHO PREPOJENIA DLHODOBEJ SOCIÁLNO-ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI NAPRIEČ REZORTAMI SOCIÁLNYCH VECÍ A ZDRAVOTNÍCTVA

- chýbajúca koordinácia prepojenia sociálnej a zdravotnej starostlivosti v sociálnych službách, nedostatočné financovanie zo ZP
- nízky paušál, nenaplnená ani minimálna sieť
- diskontinuita pri prechode zo zdravotníckeho zariadenia do domácej starostlivosti (následná starostlivosť)

Neprehľadnosť systému je do určitej miery spôsobená aj vzájomným prekrývaním rezortnej pôsobnosti MPSVR SR a Ministerstva zdravotníctva SR. Zákon o sociálnych službách ukladá vybraným zariadeniam podmieneným odkázanosťou poskytovať alebo zabezpečovať prijímateľom zdravotnú starostlivosť v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti, a to na základe predpisov v vo vecnej pôsobnosti MZ SR. Súčasná právna **úprava poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti Vyhláškou MZ SR 20/2018 Z. z.**⁴² **stanovuje minimálny počet lôžok** na účely poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach

⁴² Vyhláška MZ SR č. 20/2018 Z. z., ktorou sa ustanovuje minimálny počet lôžok na účely poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb a zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately a výpočet minimálneho počtu lôžok pre príslušnú zdravotnú poisťovňu podľa podielu jej poistencov na celkovom počte poistencov podľa príslušného samosprávneho kraja [[online](#)].

sociálnych služieb podľa podielu jej poistencov na celkovom počte poistencov podľa príslušného samosprávneho kraja. Ten je od roku 2018 stanovený pre ZSS na 10 000 lôžok pre celé Slovensko.

Podľa dostupných údajov od zdravotných poisťovní malo v roku 2023 **zmluvu so zdravotnou poisťovňou** (jednou alebo viacerými) uzatvorenú 108 poskytovateľov sociálnych služieb (15 % z celkového počtu 705 poskytovateľov, ktorí k decembru 2023 poskytovali tieto druhy sociálnych služieb s ošetrovateľskou starostlivosťou v 1 520 zariadeniach sociálnych služieb s celkovou kapacitou 45 509 miest). Celkovo mali zazmluvnených 7 327 lôžok a ošetrovateľská starostlivosť bola v roku 2023 poskytnutá celkovo 7 457 jedinečným osobám prijímateľov. Podľa údajov od poskytovateľov týchto sociálnych služieb sa za celý rok 2023 poskytovala alebo zabezpečovala ošetrovateľská starostlivosť viac ako 30 tisíc prijímateľom, pričom v 91 % prípadoch vlastnými zamestnancami alebo v kombinácii s ADOS.

Problémom, ktorý presahuje pôsobnosť rezortu MPSVR SR, je aj potreba poskytovania rehabilitačnej starostlivosti prijímateľom sociálnych služieb, ale aj paliatívnej starostlivosti. Z celkového počtu prijímateľov, ktorým sa v roku 2023 ukončilo poskytovanie sociálnej služby, sa až u 59 % prijímateľov (11 tisíc) skončilo poskytovanie z dôvodu ich úmrtia a teda existuje predpoklad, že časť prijímateľov si vyžaduje aj paliatívnu starostlivosť popri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. V prípade potreby zabezpečenia paliatívnej starostlivosti je pre klientov sociálnych služieb využívaný mobilný hospic alebo pomoc prostredníctvom ADOS. Problémom je aj zvyšujúci sa počet prijímateľov s psychiatrickými diagnózami alebo závislosťami v zariadeniach sociálnych služieb aj z dôvodu nedostatku psychiatrických lôžok v rezorte zdravotníctva. Na konci roka 2023 viac ako 37 000 prijímateľov sociálnych služieb (81 %) malo psychotickú liečbu alebo užívalo antidepresíva.

Na nedostatočnú medzirezortnú spoluprácu rezortov práce a zdravotníctva v oblasti dlhodobej a psychiatrickej starostlivosti s dostatočnou a garantovanou finančnou participáciou z prostriedkov verejného zdravotného poistenia poukazuje aj SWOT analýza systému sociálnych služieb v SR, ktorá je výstupom pracovnej skupiny k reforme financovania sociálnych služieb (v prílohe 1). Analýza nezachytila hodnotenie nových legislatívnych úprav v roku 2024, ktoré majú za cieľ vytvárať podmienky na prepájanie sociálnej a zdravotnej starostlivosti a to najmä umožnenie úkonom liečebného režimu opatrovateľkám v ZSS alebo pripustenie poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v útulku.

Nevyjasnené postavenie výkonu sociálnej práce v zdravotníctve neprispieva ku kvalitnejšej kooperácii a prepájaniu zdravotnej a sociálnej starostlivosti a manažmentu následnej starostlivosti a pomoci pre pacientov. Väčšina ústavných zdravotníckych zariadení zamestnáva sociálnu sestru, často nie sociálneho pracovníka vzhľadom na to, že ho nepovažuje za iného zdravotníckeho pracovníka.

1.7 SÚČASNÉ NASTAVENIE SYSTÉMU FINANCOVANIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

- roztrieštenosť kompetencií a finančných zdrojov
- komplikovanosť výpočtov na účel poskytovania finančných príspevkov a procesov pri ich poskytovaní
- preferencia pobytových služieb - prevažujú pobytové sociálne služby (aj dopyt po nich) pre vyššie stupne odkázanosti, silné zameranie (finančne aj počtom prijímateľov) na cieľovú skupinu seniorov
- nedostatočná podpora nízkokapacitných a komunitných sociálnych služieb

- niektoré sociálne služby závislé od financovania z eurofondov - nesystémové financovanie (napríklad opatrovateľská služba, komunitné centrá, nízkoprahové denné centrá)
- deklarovaná (požadovaná) kvalita nie je dostatočná, podľa výsledkov kontrol u niektorých poskytovateľov je starostlivosť poskytovaná spôsobom, ktorý nie je v súlade s dodržiavaním dôstojnosti a ďalších základných ľudských práv prijímateľov sociálnej služby

Súčasnú nastavenie financovania sociálnych služieb nie je dostatočne predvídateľné a najmä v nadväznosti na **delené kompetencie** ustanovené zákonom o sociálnych službách) a možno ho hodnotiť ako **nekonceptné a málo prehľadné a stabilné**. Dôsledkom je najmä chýbajúca garancia reálnej dostupnosti (v čase, v priestore, v cene) a dlhodobej udržateľnosti poskytovania sociálnych služieb pre prijímateľa sociálnej služby a fyzické osoby, ktoré sú odkázané na poskytovanie sociálnej služby, ako aj neistota poskytovateľov sociálnych služieb z hľadiska dostupnosti zdrojov spolufinancovania nimi poskytovaných sociálnych služieb.

Za hlavné zdroje financovania sociálnych služieb možno označiť štátny rozpočet, obec, VÚC a prijímateľa sociálnej služby (a iné povinné osoby), ktorý platí úhradu za sociálnu službu. Ďalšími zdrojmi sú úhrady od zdravotných poisťovní za ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú vo vybraných druhoch zariadení podmienených odkázanosťou zo zdrojov verejného zdravotného poistenia (paušálny príspevok), zdroje z európskych štrukturálnych fondov, dary, granty, dotácie, zbierky, asignácie dane, z výsledku hospodárenia z podnikateľskej činnosti, ktorú vykonáva poskytovateľ sociálnej služby podľa osobitných predpisov, z príjmu sociálneho podniku atď. **Podiel verejných zdrojov na spolufinancovaní sociálnych služieb (štátny rozpočet, územná samospráva, zdroje EÚ, verejné zdravotné poistenie) predstavuje až 71 % z celkových príjmov**, z toho zdroje EÚ tvoria podiel 3,4 %. Každá na špecifickú nepriaznivú sociálnu situáciu, resp. na špecifickú cieľovú skupinu osôb zameraná „skupina“ SoS, resp. príslušné druhy SoS, má/majú rôzne prevažujúce zdroje financovania (príjmy do svojich rozpočtov), aj v závislosti od vecného rozsahu sociálnej služby určeného zákonom o sociálnych službách. Zo štátneho rozpočtu, ale aj rozpočtu územnej samosprávy je prioritne financovaná väčšina sociálnych služieb, najviac služby krízovej intervencie (88 %), ktoré však majú prirodzene najnižšie príjmy z úhrad od prijímateľov (5,5 %). Podiel verejných zdrojov pri službách podmienených odkázanosťou je (vrátane zdrojov zo zdravotných poisťovní) 69 % a z úhrad od klientov sú príjmy v podiele 27 %. Výnimku tvoria služby na podporu rodiny s deťmi (najmä zariadenia starostlivosti o deti do troch rokov) a podporné služby (najmä jedálne), kde najväčší podiel na príjmoch predstavujú príjmy z úhrad od prijímateľov (50 % pri službách na podporu rodiny s deťmi a 59 % pri podporných službách), ako dôsledok toho, že ide o sociálne služby, ktoré nie sú obligatórne finančne podporované územnou samosprávou a ani štátom.

Súčasnú nastavenie **finančného príspevku na prevádzku poskytovanej sociálnej služby (FPP) pre neverejných poskytovateľov vybraných druhov SoS poskytovaného obcou alebo VÚC je najmä pre obce z hľadiska spôsobu jeho výpočtu komplikované**. Dlhodobá aplikačná prax poukazuje na nedostatky pri poskytovaní a určovaní výšky FPP, a to na základe podnetov zo strany samosprávnych orgánov (obce, VÚC), ktoré FPP neverejným poskytovateľom poskytujú, resp. sú povinné poskytovať podľa zákona o sociálnych službách, ako aj zo strany samotných neverejných poskytovateľov sociálnych služieb. Neverejní PSS osobitne vnímajú ako problémy, ktoré spôsobujú ich finančnú nestabilitu aj prolongáciu pri zverejňovaní výšky FPP, ale aj pri uzatváraní zmlúv o jeho poskytnutí a tiež administratívnu náročnosť jeho zúčtovania, najmä ak je poskytovateľom FPP viaceru samosprávnych orgánov. V prieskume realizovanom MPSVR SR v januári a februári 2023 medzi územnou samosprávou a poskytovateľmi sociálnych služieb, sa **až 79 % respondentov vyjadrilo, že je potrebná úprava**

súčasného spôsobu výpočtu FPP, z toho 48 % preferuje paušálne určenú výšku FPP-určenú zákonom v jednotnej výške pre celú SR, spolu so stanovením spôsobu jeho valorizácie, a s jeho možným zvýšením zo strany samosprávy.

Celkovo najviac príjmov smeruje do tzv. odkázanostných pobytových sociálnych služieb (79 %), ktoré sú prevažne poskytované osobám starším ako 65 rokov (76 %) a v najvyšších stupňoch odkázanosti (90 %). Súčasne, aj **napriek deklarovaným prioritám v rôznych schválených strategických dokumentoch o podpore a prednosti ambulantných a terénnych sociálnych služieb pred pobytovými**, až 86 % všetkých príjmov na sociálne služby pre osoby odkázané na pomoc inej osoby tvoria práve príjmy pobytových zariadení podmienených odkázanosťou. Dlhodobo prevládajúca preferencia a dominancia pobytových sociálnych služieb môže byť spôsobená nielen preferenciou prijímateľov sociálnych služieb (aj z dôvodu nedostatočnej informovanosti o iných alternatívach), ale aj nedostatkom kapacít a dostupnosti ambulantných sociálnych služieb a terénnych sociálnych služieb, ktorých kapacity majú skôr stagnujúci alebo klesajúci trend, zatiaľ čo kapacity pobytových zariadení stále narastajú.

Pomer odkázanostných pobytových sociálnych služieb je výrazne vyšší percentuálne v absolútnom počte miest, ale aj v počte miest na 10 000 obyvateľov. **Pri pobytovej forme je súčasne aj najvyššia podpora z verejných zdrojov.** Finančná podpora zo strany štátu poskytovaná podľa zákona o sociálnych službách prostredníctvom rozpočtovej kapitoly MPSVR SR je taktiež zameraná na sociálne služby poskytované v zariadení, nie terénnou formou v prirodzenom rodinnom prostredí. Podiel príjmov obecných a neverejných poskytovateľov sociálnej služby v zariadení z MPSVR SR tvorí významný podiel (33 %) spolufinancovania nákladov poskytovanej sociálnej služby a prispieva k stabilite, udržateľnosti a dostupnosti nimi poskytovaných sociálnych služieb. Takýto stabilný a podielovo významný zdroj príjmov na spolufinancovanie sociálnej služby zo štátneho rozpočtu u opatrovateľskej služby chýba. Na tento nedostatok poukazuje aj Správa o výsledku kontroly domácej opatrovateľskej služby realizovaná Najvyšším kontrolným úradom SR v roku 2020 s tým, že bez systémového financovania opatrovateľskej služby (nie zo zdrojov EÚ ako je to v súčasnosti), obce nebudú mať na túto sociálnu službu dostatok financií⁴³.

Rovnako **sociálne služby krízovej intervencie – najmä ambulantné a terénne sú z veľkej časti (40 %) financované zo zdrojov EÚ** (hlavne verejní poskytovatelia SoS v komunitných centrách a terénnej služby krízovej intervencie), čo môže mať za následok možné riziko nestability a nekontinuity pri poskytovaní týchto služieb osobám, ktoré sa nachádzajú v krízovej situácii. Súčasný systém financovania sociálnych služieb krízovej intervencie nezohľadňuje špecifiká a dodatočné náklady spojené s ich poskytovaním pre vybrané cieľové skupiny ľudí, napr. služieb poskytovaných nízkoprahovo pre ľudí s vysokou potrebou komplexnej pomoci či služieb pre ľudí s nepriaznivým zdravotným stavom. Podľa správy Najvyššieho kontrolného úradu SR zameranej na komunitné centrá, bude ukončenie podpory z EÚ znamenať ich zánik, prípadne budú ich činnosti zabezpečované v obmedzenom režime⁴⁴.

Od roku 2019 MPSVR SR v zmysle zákona o sociálnych službách pristúpilo k hodnoteniu podmienok kvality. Z dôvodu príprav hodnotiteľov a pandémie ochorenia COVID-19 celkový počet hodnotených poskytovateľov nebol vysoký. Aj z tohto nízkeho počtu 26,92 % z nich nedosiahlo ani zákonom

⁴³ NKÚ SR. 2020. Správa o výsledku kontroly. Domáca opatrovateľská služba [\[online\]](#).

⁴⁴ NKÚ SR. 2020. Správa o výsledku kontroly. Komunitné centrá [\[online\]](#).

očakávaných 60 % zo 100 %. Takmer polovica hodnotených poskytovateľov (46,15 %) malo hodnotiace skóre v rozmedzí 60-74 %⁴⁵. Títo poskytovatelia síce dostali od hodnotiteľov odporúčania na zlepšenie, ale nemuseli ich aplikovať. V roku 2022 sa prijal nový zákon č. 348/2022 Z. z. o inšpekcii v sociálnych veciach a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorým sa upravuje **inšpekcia v sociálnych veciach** (ďalej len „inšpekcia“) a zriadil sa aj nový špecializovaný organizačný útvar ministerstva zabezpečujúci výkon dozoru.⁴⁶ Výsledky dozoru sa zverejňujú na webovej stránke MPSVR SR. Do konca septembra 2024 inšpekcia ukončila 43 dozorov z celkového počtu 70 realizovaných (začatých) dozorov nad dodržiavaním povinností pri poskytovaní sociálnych služieb, pričom v 33 prípadoch bol dozor ukončený protokolom o výsledku vykonaného dozoru a v 10 prípadoch záznamom. Zároveň bolo vydaných 11 rozhodnutí o uložení pokuty za správny delikt v oblasti sociálnych služieb a 10 rozhodnutí o povinnosti prijať neodkladné opatrenia 8 poskytovateľom sociálnej služby. Bolo podaných 5 podnetov na začatie konania o výmaz z registra sociálnych služieb.⁴⁷ Podobné zistenia boli prezentované na základe monitoringov Úradu komisára pre osoby so zdravotným postihnutím, Kancelárie verejného ochrancu práv či v rámci Národného projektu Podpora deinštitucionalizácie zariadení sociálnych služieb – podpora transformačných tímov.⁴⁸

1.8 NEDOSTATOK FINANCIÍ (ZDROJOV)

- nízky podiel HDP na dlhodobú starostlivosť
- z rozpočtu MPSVR SR sú financované len vybrané druhy ZSS poskytované obcou alebo neverejným PSS
- nedostatok príjmov zo zdrojov verejného zdravotného poistenia od zdravotných poisťovní na financovanie ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanej vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb (chýba zákonná povinnosť nad rámec určeného limitu miest, nízky paušál)
- nedostatok zdrojov v rozpočtoch obcí/VÚC na plnenie všetkých kompetencií
- nedostatočné služby pre nízkopríjmové skupiny – málo nízkoprahových služieb a pohľadávky z nezaplatených úhrad za sociálnu službu na pleciach rozpočtov samospráv (najmä VÚC)
- nedostatok príjmov z platenia úhrady za sociálnu službu ku dňu splatnosti úhrady od prijímateľov a iných povinných osôb (v dôsledku nízkych príjmov (dôchodkov) prijímateľov a ochrany zostatku z príjmu po zaplatení úhrady za SoS ku dňu požadovanej splatnosti tejto úhrady)

Z dôvodu nákladovosti sociálnych služieb poskytovaných v zariadeniach sociálnych služieb štát **nesystémovo pristúpil v roku 2008 k spolufinancovaniu sociálnych služieb podmienených odkázanosťou** len vo vybraných zariadeniach podmienených odkázanosťou. Vzhľadom na garanciu štátu za zabezpečenie realizácie ústavného práva na pomoc každému, kto je v hmotnej núdzi na zabezpečenie základných životných podmienok aj poskytnutím prístrešia, štát pristúpil aj k spolufinancovaniu krízovej intervencie poskytovaním finančného príspevku zariadeniam pre neverejných poskytovateľov aj pre “obecných” verejných poskytovateľov. Takto koncipované právne úpravy spôsobili výraznú roztrieštenosť systému financovania sociálnych služieb podľa zákona o sociálnych službách. V súčasnosti sa tak podľa zákona o sociálnych službách poskytuje obligatórne 5 rôznych druhov finančných príspevkov z verejných prostriedkov na spolufinancovanie sociálnych

⁴⁵ Podľa údajov zo Správ o sociálnej situácii obyvateľov Slovenskej republiky [online].

⁴⁶ Zákon č. 345/2022 Z. z. o inšpekcii v sociálnych veciach a o zmene a doplnení neskorších zákonov [online].

⁴⁷ MPSVR SR. Výsledky inšpekčnej činnosti [online].

⁴⁸ IA MPSVR SR. 2021. Hodnota človeka v sociálnych službách [online].

služieb, čím sa tento systém stáva výrazne neprehľadným pre prijímateľov aj poskytovateľov tejto finančnej podpory.

Ďalším zdrojom príjmov sociálnych služieb sú **príjmy zo zdravotných poisťovní** na úhradu nákladov na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti klientom vybraných zariadení sociálnych služieb. Aj napriek tomu, že v roku 2023 bola ošetrovateľská starostlivosť priamo poskytovaná viac ako 23-tisíc prijímateľom, zmluvu zo zdravotnou poisťovňou (jednou alebo viacerými) malo uzatvorených len 108 poskytovateľov (15 % z celkového počtu 705 poskytovateľov týchto sociálnych služieb). Celkovo mali zazmluvnených 7 327 lôžok a ošetrovateľská starostlivosť bola v roku 2023 poskytnutá celkovo 7 457 jedinečným osobám prijímateľov, za čo zdravotné poisťovne vynaložili viac ako 12,3 mil. eur. Príjmy z verejného zdravotného poistenia tvoria podľa údajov od poskytovateľov priemerne len 1,6 % príjmov týchto zariadení.

Zdrojom financovania sociálnych služieb zo strany obcí a VÚC sú výnosy z dane z príjmov fyzických osôb. Kritériá a spôsob ich prerozdelenia medzi obce a VÚC upravuje nariadenie vlády SR č. 668/2004 Z. z. o rozdeľovaní výnosu dane z príjmov územnej samosprávy. Na účel financovania sociálnych služieb je rozhodujúce najmä kritérium počtu obyvateľov samosprávy, ktorí dovŕšili vek 62 rokov, podľa ktorého sa výnos dane rozdeľuje obciam mesačne 5 % podľa tohto kritéria a VÚC 32 %. Toto kritérium však nie je pre samosprávy záväzné pri tvorbe rozpočtu obce, t. j. nejde o účelové určenia využitia prostriedkov na sociálne služby. Územná správa už dlhodobo avizuje, že výška týchto zdrojov je výrazne nepostačujúca na financovanie všetkých kompetencií ustanovených zákonom o sociálnych službách, a to aj vzhľadom na demografické a socio-ekonomické zmeny v spoločnosti. Na neplnenie si povinností ustanovených zákonom o sociálnych službách vo vzťahu k zabezpečeniu sociálnych služieb u neverejných poskytovateľov sociálnych služieb so súvisiacim financovaním najmä zo strany obcí poukazujú aj neverejní PSS. Fiškálna decentralizácia bola uskutočnená v roku 2004 a od toho obdobia vzorec nebol prehodnotený, napriek zmenám v zložení obyvateľstva (starnutie populácie, dopady prenosu kompetencií v rámci decentralizácie, inflácie a pod.)

Slovenskí dôchodcovia vo všetkých analyzovaných prípadoch domácej a aj ústavnej starostlivosti vynakladať významne nižšie percento mediánu disponibilného príjmu v starobe ako v Česku či v krajinách EÚ a OECD. Najvýznamnejší rozdiel medzi Slovenskom a Českom, priemerom EÚ a OECD je v prípade domácej starostlivosti pre osoby s vážnymi potrebami, keď staršie osoby vynakladajú na túto starostlivosť len 17 % mediánu disponibilného príjmu v starobe (EÚ 78 %, OECD 68 %, Česko 58 %)⁴⁹.

Prijímatelia sociálnych služieb sa podieľajú platením úhrady na príjmoch sociálnych služieb približne v podiele 29 % v prípade pobytových služieb, 7 % v ambulantných službách a 18 % v prípade terénnych foriem. Zároveň však až 25 % klientov neplatí úhradu alebo jej časť z dôvodu nedostatku príjmu, čím vznikajú poskytovateľom sociálnych služieb značné pohľadávky, ktoré sú vo väčšine prípadov nevyhľaditeľné a neexistujú efektívne nástroje na ich uplatnenie, resp. kompenzáciu (len v prípade zvýšenia príjmu a úspešného uplatnenia pohľadávky v dedičstve). V roku 2023 to bolo viac ako 22,6 mil. eur, pričom takmer 80 % z nich tvoria pohľadávky poskytovateľov v zriaďovacej pôsobnosti VÚC.

⁴⁹ OECD. Social protection for older people with long-term care needs [[online](#)].

1.9 NEDOSTATOK PERSONÁLNYCH/ĽUDSKÝCH ZDROJOV

- nedostatok zamestnancov vo vybraných profesiách v priamej starostlivosti
- nízke mzdy a sociálny status
- nedostatočná podpora ďalšieho vzdelávania pracovníkov v priamom kontakte a ich supervízia

Z výsledkov analýzy vyplýva, že odborní zamestnanci v sociálnych službách dosahujú dlhodobo v priemere nižšie mzdy ako je priemer v národnom hospodárstve. Okrem finančného ohodnotenia nie sú dostatočne ohodnotení ani spoločensky. V sociálnych službách sú nedostatočne motivujúce pracovné podmienky, je neprimerané pracovné zaťaženie či chýbajúci systém profesionálneho rozvoja a kariérneho postupu. S tým sú spojené nasledovné aspekty: častý odchod zamestnancov zo sociálnych služieb za prácou do zahraničia⁵⁰ a vysoká fluktuácia zamestnancov. Týka sa to nielen opatrovateľov ale aj sociálnych pracovníkov a iných odborných zamestnancov, ktorí sú nevyhnutnou zložkou pre prácu v sociálnych službách. Nedostatok kvalifikovanej pracovnej sily v sociálnych službách sa bude ďalej prehľbovať vzhľadom na zvyšujúcu sa potrebu týchto zamestnancov a súčasne zvyšujúci sa počet zamestnancov, ktorí dovŕšia dôchodkový vek. Tento nedostatok pracovných síl má priamy vplyv na udržateľnosť sociálnych služieb a na zabezpečenie sociálnej služby pre jej prijímateľov v požadovanom rozsahu a kvalite, a to nielen pri poskytovaní odborných činností, ale aj obslužných a ďalších činností poskytovaných v rámci sociálnej služby.

V období od 1Q 2014 do 4Q 2023 sa priemerná mesačná mzda opatrovateľov v ZSS síce zvýšila z 515 eur na 1 164 eur, išlo však v priemere len o 70,7 % celkovej priemernej mzdy v hospodárstve. V prípade opatrovateľov v domácom prostredí sa zvýšila v sledovanom období priemerná mzda z 336 eur na 809 eur, čo v priemere predstavuje 48,4 % celkovej priemernej mzdy v hospodárstve. Nedostatočné ohodnotenie opatrovateľov sa pretavuje do nezájmu o vykonávanie tejto profesie.⁵¹

Zákon o sociálnych službách ukladá povinnosť poskytovateľa sociálnej služby vypracovať a uskutočňovať program supervízie a zároveň určuje ďalšie vzdelávanie a zvyšovanie odbornej spôsobilosti zamestnancov (vrátane programu supervízie) ako kritérium personálnych podmienok štandardov kvality poskytovanej sociálnej služby. Napriek tomu skúsenosti z praxe poukazujú na to, že toto kritérium nie je z rôznych dôvodov (nedostatok finančných zdrojov, vyťaženosť zamestnancov a pod.) vždy napĺňané, napriek ich nevyhnutnosti pre kvalitné a odborné poskytovanie sociálnej služby a to aj s ohľadom na cieľovú skupinu, ktorej je poskytovaná (napr. druh zdravotného znevýhodnenia, vek). Potreba priebežného vzdelávania je nevyhnutná aj z dôvodu nízkych kvalifikačných predpokladov pre pracovnú pozíciu opatrovateľa (základné vzdelanie s kurzom opatrovania).

Aktuálne na Slovensku chýba systém uznávania a hodnotenia non-formálneho a in-formálneho vzdelávania opatrovateľov pre ľahší a rýchlejší prechod z neformálnej do formálnej starostlivosti.

⁵⁰ Eurostat, ŠÚ SR. 2019. Ľudia v pohybe - štatistika mobility v Európe. [\[online\]](#).

⁵¹ Informačný systém o cene práce 1Q 2014 – 2Q 2023.

D. STRATEGICKÁ ČASŤ

V Strategickej časti Konceptcie je najprv definovaná vízia a strategické ciele, ktoré zohľadňujú už existujúce národné a medzinárodné strategické dokumenty, pre celú oblasť sociálnych služieb (kapitola 2 Vízia a definovanie strategických cieľov).

V nasledujúcich **kapitolách Konceptcie (3 až 6)** sa strategická časť zameriava na nosnú časť reformy financovania sociálnych služieb v zmysle Plánu obnovy a odolnosti a to zavedenie systému financovania sociálnych služieb podmienených odkázanosťou **od roku 2026**, ktorý zohľadňuje preferencie odkázanej osoby, podporuje rozvoj komunitnej starostlivosti a podporuje nábor personálu.

V kapitole 3 presnejšie pomenováva nastavenie strategických cieľov pre oblasť sociálnych služieb podmienených odkázanosťou, ktoré vychádzajú z analyzovaných dôsledkov súčasnej situácie.

V kapitole 4 predstavuje rámec reformy podľa Plánu obnovy a odolnosti a následne kapitola 5 hovorí o zásadách, na ktorých návrhy reformy stavajú.

Napokon kapitola 6 predstavuje návrh nového spôsobu financovania sociálnych služieb podmienených odkázanosťou podľa jednotlivých zdrojov a kľúčové zmeny, ktoré tento spôsob podmieňujú.

Kapitola 7 presahuje časový rámec roku 2026 ako aj oblasť sociálnych služieb podmienených odkázanosťou a predstavuje nevyhnutné následné úpravy týkajúce sa podpory a služieb pre iné zraniteľné skupiny.

2. VÍZIA A DEFINOVANIE STRATEGICKÝCH CIEĽOV

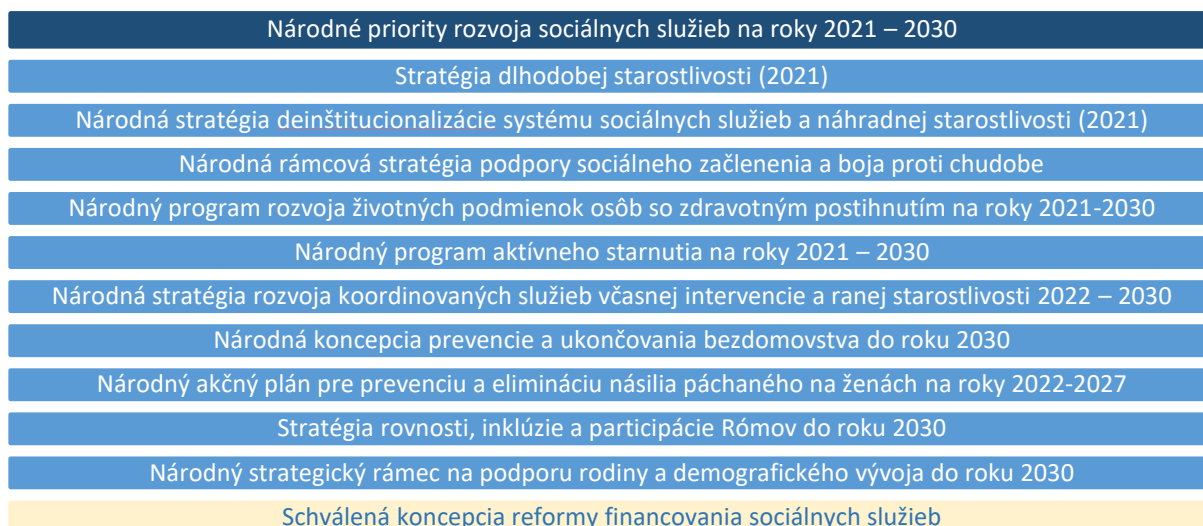
Pre smerovanie rozvoja sociálnych služieb v Slovenskej republike je v súčasnosti najdôležitejší východiskový dokument Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2021 –2030. Okrem toho pre oblasť sociálnych služieb je určujúcich aj 9 iných národných strategických materiálov a ich akčných plánov. Pri tvorbe dokumentu Národných priorít bola opätovne definovaná potreba vytvorenia vyššieho strategického rámca ako nevyhnutného predpokladu pre rozvoj sociálnych služieb. Najmä vzhľadom na nedostupnosť spoľahlivých informácií a dátových údajov, ktoré sú pre strategické plánovanie rozvoja sociálnych služieb na rozličných úrovniach potrebné, nebol doposiaľ takýto rámec pripravený. Analýzy, ktoré sa pripravili v rámci prípravy Konceptcie poslúžia ako dobrý základ pre splnenie tejto úlohy do budúcnosti. Konceptcia v tomto kontexte predstavuje rámec pre nastavenie financovania sociálnych služieb ako prostriedku na realizáciu cieľov a priorít sociálnej politiky štátu. Zároveň ďalšie oblasti, ktoré determinujú rozvoj sociálnych služieb, je potrebné strategicky plánovať v rámci strešného rámca. Týka sa to najmä rozvoja ľudských zdrojov.

Konceptcia má primárne riešiť oblasť financovania sociálnych služieb a v kontexte plnenia reformy financovania sociálnych služieb z Plánu obnovy a odolnosti SR by sa mala zamerať najmä na služby dlhodobej starostlivosti a komunitné sociálne služby⁵² pre ľudí odkázaných na pomoc inej osoby

⁵² Komunitné sociálne služby - vzájomne prepojené a koordinované sociálne služby, ktoré sú poskytované v prirodzenom prostredí priamo v komunite, reagujú na potreby členov komunity a nejavia znaky inštitucionálnej starostlivosti, umožňujú ľuďom žiť plnohodnotný sociálny život a zabezpečujú im prístup k celému spektru podpory pre nezávislý život v komunite bez ohľadu na ich zdravotné znevýhodnenie. Sú poskytované terénnou formou v domácom prostredí človeka, ambulantnou

(fáza 1). Avšak takáto zásadná reforma nemôže byť realizovaná bez vplyvu na iné druhy sociálnych služieb určené aj pre iné cieľové skupiny osôb. Preto Konceptcia predstavuje aj nadväzné zmeny, ktoré bude potrebné rozpracovať a realizovať po prijatí legislatívnych úprav týkajúcich sa odkázanostných sociálnych služieb od roku 2026 (fáza 2).

Obrázok 2: Grafické znázornenie strategických – koncepčných a programových, dokumentov týkajúcich sa sociálnych služieb



Zdroj: vlastné spracovanie

Popis obrázka 2: Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2021-2030, Stratégia dlhodobej starostlivosti (2021), Národná stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti (2021), Národná rámcová stratégia podpory sociálneho začlenenia a boja proti chudobe, Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021-2030, Národný program aktívneho starnutia na roky 2021-2030, Národná stratégia rozvoja koordinovaných služieb včasnej intervencie a ranej starostlivosti 2022-2030, Národná koncepcia prevencie a ukončovania bezdomovstva do roku 2030, Stratégia rovnosti, inklúzie a participácie Rómov do roku 2030 a Národný strategický rámec na podporu rodiny a demografického vývoja do roku 2030 K uvedeným sa pridá aj schválená Koncepcia reformy financovania sociálnych služieb.

Vízia a ciele ktoréhokoľvek koncepčného a strategického dokumentu musia vychádzať zo základných dokumentov, ktoré sú záväzné pre Slovenskú republiku a medzinárodné spoločenstvo, a týkajú sa naplňania základných ľudských práv. V našom kontexte ide najmä o Ústavu Slovenskej republiky, dohody OSN či Európsku chartu ľudských práv.

Vízia v rámci prípravy koncepcie bola definovaná tak, aby bola zrozumiteľná nielen pre odborníkov, ale aj pre zástupcov samosprávy a širokú laickú verejnosť, vrátane tých, ktorí sú odkázaní na sociálne služby: „Dostupné a dlhodobo udržateľné sociálne služby, ktoré umožnia ľuďom naplniť svoje práva a žiť dôstojný a spokojný život, s dosiahnutím ich najvyššieho možného potenciálu a nezávislosti.“

Vo všeobecnosti je **cieľom** sociálnej politiky štátu cieľavedomé smerovanie k zlepšeniu životných a pracovných podmienok obyvateľstva v rámci daných hospodárskych možností krajiny.

Strategický cieľ Koncepcie je definovaný ako **zabezpečenie prevencie vzniku nepriaznivých sociálnych situácií a primeranej podpory a pomoci osobe v nepriaznivej sociálnej situácii podľa jej**

formou, alebo pobytovou formou v zariadení sociálnych služieb s charakterom rodinného ubytovania priamo v bytoch alebo rodinných domoch v prirodzenom prostredí komunity.

individuálnych potrieb a so zameraním na podporu jej nezávislého života, sociálneho začlenenia a čo najdlhšieho zotrvania v komunite.

Určenie relevantných a konkrétnych cieľov vychádza z analytickej časti. Definované celkové dôsledky rámcujú strategické ciele a na eliminovanie následkov sú nastavené špecifické ciele.

Obrázok 3: Diagramové znázornenie celkových dôsledkov, strategických a špecifických cieľov



Zdroj: vlastné spracovanie

Popis obrázka 3: V rámci dôsledku zvyšovania nákladov sociálnej politiky s ohľadom na nárast ľudí úplne závislých na systéme bude nutné zabezpečiť dostatočné financovanie na pokrytie relevantných potrieb zraniteľných skupín obyvateľstva, čo vytvára špecifický cieľ zaviesť nový príspevok na pomoc pri odkázanosti s informovaným a podporovaným rozhodovaním na základe komplexných a zdieľaných služieb. V rámci dôsledku komplikovanej a nerealizovateľnej legislatívnej úpravy a reálnej nevyhľaditeľnosti práv bude nutné pre zabezpečenie dostupnosti služieb a informovanosti o nich prijať novú právnu úpravu, čo vytvára špecifický cieľ systému zabezpečovania sociálnych služieb podporujúcom komunitné služby s jasnými kompetenciami všetkých úrovní a dostupnosť sociálnych služieb. V rámci dôsledku rozporu reality a záväzkov z národných a medzinárodných strategických dokumentov bude nutné zvýšiť kvalitu sociálnych služieb v zmysle strategických dokumentov a záväzkov, čo vytvára špecifický cieľ financovania sociálnych služieb, ktoré bude nastavené tak, aby reflektovalo primerane všetky zraniteľné skupiny, s rôznou mierou potrieb a zabezpečilo požadovanú kvalitu poskytovaných služieb.

Pre splnenie týchto špecifických cieľov bude okrem úpravy zákona o sociálnych službách potrebných viacero legislatívnych úprav, ktoré nie sú len v gescii rezortu práce. Z dôvodu prepojenia zdravotnej a sociálnej starostlivosti budú potrebné úpravy zákonov v gescii rezortu zdravotníctva.

Následne vyvolané zmeny v systéme sociálnych služieb budú vyžadovať aj súčinnosť s rezortom školstva (z dôvodu poskytovanej výchovy a vzdelávania detí do troch rokov v dvoch systémoch, inkluzívne vzdelávanie, celoživotné vzdelávanie), rezortom spravodlivosti (podporované rozhodovanie), rezortom vnútra (reforma verejnej správy) a rezortami spravodlivosti a vnútra (podpora pre osoby zažívajúce násilie). V pláne implementácie reformy (časť E) sa navrhuje aj časový plán týchto úprav. Súčinnosť s rezortom financií sa predpokladá pri všetkých zámeroch, ktoré budú mať vplyv na verejné zdroje.

3. NASTAVENIE STRATEGICKÝCH CIEĽOV REFORMY

Pri reforme v oblasti, ktorá sa týka osôb v riziku vzniku nepriaznivej sociálnej situácie a osôb v nepriaznivej sociálnej situácii, je nevyhnutné v niektorých zásadných otázkach dosiahnuť politický konsenzus, aby SR mohla adekvátne reagovať na identifikované celkové dôsledky. Tieto oblasti sú pomenované nižšie v súvislosti s jednotlivými strategickými cieľmi.

STRATEGICKÝ CIEĽ 1: Zabezpečenie dostatočného a transparentného financovania z verejných zdrojov na realizáciu sociálnej politiky štátu v oblasti sociálnych služieb, ktoré:

- zohľadňuje následky demografického vývoja a súvisiaceho starnutia populácie,
- posilňuje preventívne aktivity a poradenstvo tak, aby sa predchádzalo nepriaznivým sociálnym situáciám a podporuje aktivizáciu človeka a jeho okolia pri ich riešení,
- vytvára efektívne medzirezortné prepojenia na podporu komplexných riešení a
- vytvorí podmienky na poskytovanie sociálnych služieb v prirodzenom prostredí za aktívnejšieho zapojenia komunity a prístupnosti verejných služieb pre všetkých na úrovni samospráv.

Slovensko dnes patrí medzi štáty EÚ, ktoré dávajú na **dlhodobú starostlivosť** nižšie percento HDP ako je priemer v EÚ⁵³. V roku 2022 boli celkové výdavky na dlhodobú starostlivosť na úrovni 1 % HDP, zatiaľ čo priemer EÚ bol na úrovni 1,7 % HDP⁵⁴, najmä výdavky na dlhodobú sociálnu starostlivosť. Pre porovnanie tiež uvádzame, že náklady na dlhodobú starostlivosť v Česku boli v roku 2022 na úrovni 1,5 % HDP. Preto je ambíciou návrhov v Konceptii postupne do roku 2035 dosiahnuť priemer EÚ.

Podiel verejných zdrojov v sociálnych službách podmienených odkázanosťou (štátny rozpočet, rozpočty VÚC a obcí) tvorí 70 % príjmov. Zároveň je prognóza starnutia pre Slovensko jedna z najvyšších. Dlhší vek dožitia na Slovensku nie je kompenzovaný vyšším počtom rokov dožitia v zdraví. Viac ako 60 % nákladov na dlhodobú starostlivosť tvoria náklady na mzdy a s tým spojené ostatné osobné náklady.

Európska komisia prognózuje verejné výdavky na dlhodobú starostlivosť na Slovensku vo výške 2,4 % HDP v roku 2070⁵⁵. To predstavuje rast o 1,4 % oproti súčasným výdavkom. Ak by náklady a dostupnosť⁵⁶ dlhodobej starostlivosti predstavovali priemer krajín EÚ, tieto výdavky by sa do roku 2070 zvýšili až na 5,4 % HDP.

⁵³ V roku 2019 Slovensko vynakladalo 0,8 % HDP, kým priemer EÚ bol 1,3 % HDP.

⁵⁴ Medzi priemerom výdavkov na sociálnu a zdravotnú starostlivosť krajín EÚ v rámci dlhodobej starostlivosti a priemernými celkovými výdavkami na dlhodobú starostlivosť krajín EÚ je rozdiel v hodnotách, keďže priemerné výdavky na sociálnu a zdravotnú starostlivosť krajín EÚ vychádzajú z vypočítaného priemeru MPSVR SR a hodnota celkových výdavkov na dlhodobú starostlivosť vychádza z publikácie Ageing report 2024. Rozdiel je spôsobený zaokrúhľovaním.

⁵⁵ Predpokladá sa, že pokrytie odkázaných ľudí sociálnymi službami bude rovnaké ako v súčasnosti (približne polovica). Náklady rastú z dôvodu, že v budúcnosti bude väčšie množstvo ľudí odkázaných na starostlivosť, keďže populácia bude starnúť. Predpoklady projekcie (od strany 115) [\[online\]](#). Projekcie výdavkov sa môžu zmeniť s Ageing Report 2024. Rada pre rozpočtovú zodpovednosť v Správe o udržateľnosti za rok 2023 (publikovaná v apríli 2024) prognózuje, že čisté verejné výdavky (verejné výdavky – úhrady klientov VPSS) na dlhodobú starostlivosť v rok 2072 budú na úrovni 2,25 % HDP (v porovnaní s rokom 2023 dochádza k zvýšeniu o 1,26 %) [\[online\]](#).

⁵⁶ Pravdepodobnosť, že občan dostane formálny alebo neformálny typ dlhodobej starostlivosti bude do roku 2070 konvergovať na úroveň priemeru ostatných členských štátov.

Z týchto dôvodov je zrejmé, že **náklady na dlhodobú sociálno-zdravotnú starostlivosť budú narastať**. Preto je zásadnou požiadavkou akceptácia skutočnosti, že reforma bude mať negatívny vplyv na štátny rozpočet, na rozpočty obcí a rozpočty VÚC, ako aj negatívny vplyv na zdroje verejného zdravotného poistenia. Predpokladané vplyvy na štátny rozpočet navrhutej reformy v tejto oblasti predstavujeme v kapitole 10.

V súčasnosti v systéme sociálnych služieb výrazne prevažujú sociálne služby, ktoré sa zameriavajú už na riešenie vzniknutých krízových situácií či už z dôvodu zhoršenia zdravotného stavu s potrebou dlhohodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti, život ohrozujúcej situácie či z dôvodu dlhodobého neriešenia situácie, keď človek nemá zabezpečené základné životné potreby. Výrazne menej sa sociálne služby zameriavajú na preventívne aktivity, sociálne poradenstvo, zvyšovanie informovanosti a podporu mobilizácie vlastných zdrojov človeka, rodiny či komunity.

Bude potrebné posilniť povedomie o tom, že človek nie je len objekt sociálnej politiky, ale aj jej subjekt. Tomuto bude potrebné prispôbiť aj nastavenie systému. Výrok „nič o nás, bez nás“ je zrozumiteľným vyjadrením princípu partnerstva a participácie. Posilnenie osobnej zodpovednosti človeka, jeho rodiny a širšej komunity za predchádzanie alebo riešenie nepriaznivých sociálnych situácií je otázkou hodnotovou a celospoločenskou. Zároveň bude potrebné, aby boli **vytvorené a zabezpečené dostatočné nástroje na spolufinancovanie**, ktoré budú schopné podporiť a pomôcť človeku v rôznych životných situáciách predchádzať nepriaznivej sociálnej situácii a v prípade potreby ho podporiť pri jej riešení a opätovnom začlenení do spoločnosti.

Verejné služby bežne poskytované v komunite by mali byť prístupné tak, aby ich mohli využívať všetci obyvatelia a tým vytvárať podmienky na začlenenie a nezávislý spôsob života najmä ľudí so zdravotným postihnutím. To je možné na úrovni samospráv podporiť spoluprácou relevantných aktérov v rámci komunitnej rehabilitácie, ktorá je zameraná na podporu, obnovu alebo rozvoj fyzických schopností, mentálnych schopností a pracovných schopností fyzickej osoby v nepriaznivej sociálnej situácii. V tomto kontexte má Slovenská republika najmä povinnosti vyplývajúce zo zákona o prístupnosti výrobkov a služieb⁵⁷ a univerzálneho navrhovania v zmysle článku 9 Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím.

STRATEGICKÝ CIEĽ 2: Zabezpečenie dostupnosti služieb a informácií o nich prijatím novej právnej úpravy, ktorá:

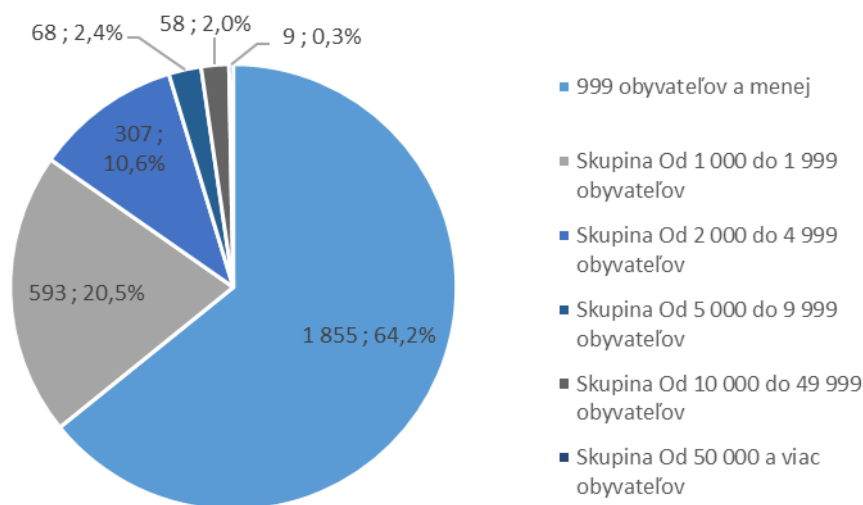
- upraví kompetencie pri poskytovaní, zabezpečovaní a financovaní sociálnych služieb – štátny rozpočet, rozpočty VÚC a obcí,
- vytvorí predpoklady na zvýšenie dostupnosti sociálnych služieb na komunitnej úrovni.

Súčasná realita pri zabezpečovaní sociálnych služieb poukazuje na viaceré nedostatky súčasného rozdelenia originálnych kompetencií pri poskytovaní, zabezpečovaní a financovaní sociálnych služieb medzi miestnu a regionálnu samosprávu. Logika súčasnej zákonnej úpravy ponechať niektoré vybrané sociálne služby, najmä zamerané na seniorov, v originálnej pôsobnosti obcí, v realite naráža, okrem

⁵⁷ Zákon č. 351/2022 Z. z. o prístupnosti výrobkov a služieb pre osoby so zdravotným postihnutím a o zmene a doplnení niektorých zákonov [online]. Týmto zákonom Slovenská republika reagovala na Smernicu Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2019/882 zo 17. apríla 2019 o požiadavkách na prístupnosť výrobkov a služieb (Text s významom pre EHP) [online].

iných faktorov, aj na objektívne limity vyplývajúce primárne z veľkostnej štruktúry obcí. Takmer dve tretiny obcí má menej ako 1 000 obyvateľov, v ktorých žije iba 15 % obyvateľov.

Graf 1: Veľkostné skupiny obcí, SR 2023



Zdroj: ŠÚ SR, DATAcube, dem:om7023rr [online]

Otázka municipalizácie je jednoznačne zásadnou aj pre oblasť sociálnych služieb. Bude potrebné nájsť rovnováhu v tom, že niektoré nepriaznivé sociálne situácie je vhodné riešiť na úrovni najbližšie k obyvateľovi, na druhej strane je niekedy efektívnejšie (finančne aj odborne), aby podpora obyvateľom bola zabezpečená v rámci väčšieho územia disponujúceho zdrojmi na to vytvorenými.

V tejto oblasti je dôležité prepojenie s cieľmi komponentu 16 Plánu obnovy a odolnosti SR, ktorý reagoval aj na potrebu skvalitnenia verejných služieb prostredníctvom silnejšej koordinácie a profesionalizácie administratívnych kapacít na národnej a miestnej úrovni. Špecificky investícia 4 zameraná aj na vybudovanie centier zdieľaných služieb obcí, ktoré budú schopné poskytnúť občanom okrem pomoci pri komunikácii s úradom aj poradenstvo ohľadom ostatných verejných služieb⁵⁸.

Systematická spolupráca a zdieľanie služieb pre výkon originálnych a prenesených kompetencií miestnej samosprávy ako nástroj pre modernizáciu a reformu verejnej správy je aj prioritou zástupcov miestnej samosprávy⁵⁹. Nastavenie konkrétnych riešení pre výkon sociálnych služieb bude preto nevyhnutne prebiehať s spolupráci s dotknutými rezortmi (najmä MZ SR a MV SR) a zástupcami samospráv.

Koncepcia nadväzuje na diskusiu či má výkon v oblasti sociálnych služieb (vybraných druhov) ostať originálnou kompetenciou obcí s prípadným zavedením ich povinnosti sa na účely plnenia kompetencií v sociálnych službách združovať alebo je potrebné preniesť povinnosť spolufinancovať niektoré druhy sociálnych služieb na vyššie územné celky. Čiastkový návrh Koncepcia predstavuje v časti 6.2. V prípade, ak sa nenájde vhodný model municipalizácie v súlade s reformou verejnej správy

⁵⁸ Plán obnovy a odolnosti SR, Komponent 16 [online].

⁵⁹ Združenie miest a obcí Slovenska. 2023. Priority 34. snemu ZMOS z 23. – 24. mája 2023 v doplnení 35. mimoriadneho snemu ZMOS z 20. septembra 2023 [online].

podporovanou samosprávou, bude potrebné stanoviť rámcové kritériá pre jej realizáciu zo strany štátu (veľkosť celku, počet obyvateľov, finančná udržateľnosť verejných služieb).

Spolufinancovanie sociálnych služieb aj z rozpočtových prostriedkov územnej samosprávy bude zachované, avšak malo by sa diať so zohľadnením konkrétnej miery záväzkov samospráv vyplývajúcej z transferov do ich rozpočtov z daňového prerozdelenia systému a to primárne pri rozpočítavaní podielu príjmov z daní z príjmov fyzických osôb.

STRATEGICKÝ CIEĽ 3: Zvyšovanie kvality sociálnych služieb v zmysle strategických dokumentov a záväzkov:

- stabilným financovaním sociálnych služieb,
- podporou rozvoja ľudských zdrojov v sociálnych službách,
- prepájaním sociálnej a zdravotnej starostlivosti,
- prepájaním vzdelávacieho systému a sociálnej starostlivosti.

Súčasťou plánovanej reformy financovania sociálnych služieb v súlade s realizáciou Stratégie dlhodobej starostlivosti⁶⁰ je zavedenie príspevku na pomoc pri odkázanosti najmä ako reakcia na dôsledky starnutia populácie spojeného s predlžovaním veku dožitia a súvisiacou odkázanosťou na pomoc inej osoby pri sebaobslužbe, a to bez ohľadu na miesto, druh alebo formu poskytovania tejto starostlivosti v rámci dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti oprávnenými subjektami na jej poskytovanie. Počíta sa s **viac zdrojovým financovaním**, s účasťou samotného prijímateľa so zachovaním princípu solidarity. **Bez výraznejšieho prepojenia sociálnej a zdravotnej starostlivosti aj v oblasti financovania, vrátane garantovanej úhrady zdravotnej starostlivosti v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti aj zdravotnej rehabilitácie poistencovi zo zdrojov verejného zdravotného poistenia**, bez ohľadu na miesto poskytovania tejto starostlivosti v rámci dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti oprávnenými subjektami na jej poskytovanie, **sa nedosiahne želaný efekt.**

Medzirezortný prístup a koordinácia by mala zabezpečiť kontinuitu podpory a pomoci v rôznych životných etapách či situáciách rôznych cieľových skupín. Takýto prístup je potrebný aj pre iné oblasti podpory ako je dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť.

Slovensko má v súčasnosti možnosť financovať vybrané **sociálne služby krízovej intervencie a terénu sociálnu prácu** zo zdrojov EÚ. Je záväzkom štátu, aby nastavil a zabezpečil spolufinancovanie a udržateľnosť týchto sociálnych služieb z verejných zdrojov aj po skončení tejto podpory.

4. RÁMEC REFORMY PODĽA PLÁNU OBNOVY A ODOLNOSTI

Ciele Stratégie dlhodobej starostlivosti odzrkadľuje **Plán obnovy a odolnosti SR**, ktorý v rámci Komponentu 13 – Dostupná a kvalitná dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť a jeho reformy integrácie a financovania dlhodobej sociálnej a zdravotnej starostlivosti, za jeden z hlavných cieľov definuje „systém financovania, ktorý zohľadňuje preferencie odkázanej osoby, podporuje rozvoj

⁶⁰ MPSVR SR – Ministerstvo zdravotníctva SR. 2021. Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike. Integrovaná sociálno-zdravotná starostlivosť [[online](#)].

komunitnej starostlivosti a podporuje nábor personálu“⁶¹. Zavedením osobného rozpočtu (príspevku na pomoc pri odkázanosti) pre odkázanú osobu sa zefektívni a prehľadní systém financovania dlhodobej starostlivosti a podporí sa možnosť realizovať právo na nezávislý život osôb so ZP v zmysle Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím. V súlade s predmetným dohovorom je aj ďalšia reforma vychádzajúca z Plánu obnovy a odolnosti SR – reforma posudkovej činnosti. Predmetom reformy je zmena posudzovania na také, ktoré komplexne zhodnotí potreby človeka s potrebou dlhodobej starostlivosti. Takéto zjednotenie posudkovej činnosti je kľúčovým a nevyhnutným predpokladom zavedenia príspevku na pomoc pri odkázanosti.

Ciele: Financovanie sociálnej a zdravotnej starostlivosti – sociálna starostlivosť:

- Nový systém osobného rozpočtu zefektívni a prehľadní systém financovania dlhodobej starostlivosti. Príspevok bude priznaný **priamo osobe s potrebou starostlivosti a nie opatrovateľovi alebo poskytovateľovi služby**. Reforma zruší rôzne príspevky a vytvorí priestor pre adresnú a komplexnú podporu človeka s potrebou dlhodobej starostlivosti. **Nadálej zostane zachované spolufinancovanie sociálnych služieb z prostriedkov samosprávy.**
- Nový systém financovania podporí vznik a rozvoj služieb v komunite. **Osobný rozpočet prijímateľa sa bude skladať z priamej peňažnej dávky a poukazu na sociálne služby**. Zvýši sa dopyt po službách v teréne a v komunite a možnosť ich adekvátne zaplatiť.
- Nový systém prispeje k riešeniu problému nedostatku personálu v sektore sociálnych služieb, najmä terénnych. **Posilnené financovanie prostredníctvom poukazu na sociálne služby zatriaktívni pozíciu opatrovateľa v teréne.**
- V novom systéme nebudú poskytovatelia terénnych služieb v nevýhodnom postavení z hľadiska financovania oproti poskytovateľom pobytových a ambulantných služieb rovnako nebudú znevýhodnení ani ľudia s nižším stupňom odkázanosti.
- Nový systém financovania prispeje k prepojeniu sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Osoby, ktoré budú hospitalizované v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorého súčasťou je aj poskytovanie sociálnej starostlivosti (napr. dom ošetrovateľskej starostlivosti, hospic), budú môcť využiť osobný rozpočet na financovanie sociálnej starostlivosti aj v takomto zariadení.

5. PREDPOKLADY PRE REFORMU FINANCOVANIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Pri príprave reformy je potrebné najprv zadať zásady, z ktorých vychádza. Nasledujúce zásady sa týkajú všeobecne poskytovania a zabezpečenia sociálnych služieb, v druhej časti sú pomenované zásady týkajúce sa špecificky financovania sociálnych služieb.

5.1 VŠEOBECNÉ ZÁSADY PRE REFORMU SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

- A. Dodržiavanie a podpora základných ľudských práv a slobôd, uplatňovanie zásady rovnakého zaobchádzania a nediskriminácia vo vzťahu ku všetkým aktérom v sociálnych službách.
- B. **Dôraz na prevenciu odkázanosti na formalizovanú pomoc a podporu maximalizácie vlastných podporných sietí** – podpora neformalizovanej pomoci jednotlivca, rodiny a komunity.

⁶¹ Plán obnovy a odolnosti SR, Komponent 13 [online].

- C. Dôraz na **podporu nezávislého života a sociálneho začleňovania osôb** v nepriaznivej sociálnej situácii
- D. **Dostupnosť pomoci a podpory** – v čase, v mieste, resp. priestore (geografická) a aj finančná dostupnosť a dostupnosť spojená s udržateľnými ľudskými zdrojmi v sociálnych službách.
- E. Podpora **prepojenia zdravotnej a sociálnej starostlivosti** – multi-sektorový prístup a multi-disciplinárny prístup s akcentom aj na posilňovanie sebestačnosti poskytovaním zdravotnej rehabilitácie a sociálnej rehabilitácie.
- F. Dodržiavanie povinnosti poskytovateľa sociálnej služby plniť **štandardy kvality** poskytovanej sociálnej služby s cieľom zabezpečiť individualizovanú, na potreby klienta zameranú sociálnu službu a zvyšovanie kvality tejto sociálnej služby.
- G. Definovanie sociálnych služieb ako **služieb všeobecného hospodárskeho záujmu** – sociálne služby vo verejnom záujme.
- H. **Spolupráca štátu, samosprávy, poskytovateľov sociálnych služieb** a iných relevantných aktérov pri zabezpečení multisektorového prístupu v rôznych životných etapách (napríklad aj poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri poskytovaní dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti, školy, školské zariadenia a podobne).

5.2 ZÁSADY PRE REFORMU V OBLASTI FINANCOVANIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

- A. **Viaczdrojové financovanie** (efektívne fungujúce) – zo štátneho rozpočtu (formou príspevku na pomoc pri odkázanosti), zo strany samosprávy, zo zdrojov verejného zdravotného poistenia, projektové financie, súkromné zdroje (napr. príjmy občana a jeho rodiny, dary, zbierky, sponzorstvo) a iné, ktoré už dnes pozná zákon o sociálnych službách. Zachovávanie obligatórneho spolufinancovania sociálnych služieb aj z rozpočtových prostriedkov samosprávy podľa ich delenej pôsobnosti.
- B. **Rovnoprávne postavenie poskytovateľov** bez ohľadu na ich právnu formu a zriaďovateľa, vrátane financovania z verejných zdrojov a povinností v súvislosti s poskytovaním sociálnych služieb.
- C. **Osobný rozpočet/príspevok** na pomoc pri odkázanosti ako nástroj:
 - a. podpory nezávislosti, možnosti rozhodovať a kontrolovať finančné zdroje zo strany dotknutého občana,
 - b. zefektívnenia a sprehľadnenia systému financovania dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti,
 - c. podpory vzniku a rozvoja služieb v komunite,
 - d. zvýšenia dopytu po sociálnych službách v teréne a v komunite a možnosti ich reálne zaplatiť.
- D. Poskytnutie prístupu k finančnej podpore **bez ohľadu na príjmové/majetkové pomery** fyzickej osoby odkázanej na poskytovanie sociálnej služby (tieto pomery, resp. možnosti môžu determinovať výber konkrétneho poskytovateľa sociálnej služby).
- E. Právne podmienky na **prebratie zodpovednosti/participácie** na financovaní úhrady za sociálnu službu medzi **potomkami a predkami** a prehodnotenie možnosti uplatnenia zodpovednosti **iných osôb pri získaní prospechu** (úspory, nehnuteľnosť). Prehodnotenie právnej úpravy podmienok použitia majetku na platenie úhrady za sociálnu službu a úrovne a spôsobu právnej ochrany zostatku z príjmu po zaplatení úhrady za sociálnu službu.

- F. **Určenie osobitných podmienok** na plnenie zákonných povinností (zabezpečovania a spolufinancovania sociálnych služieb) najmä zo strany malých obcí (napr. združovanie malých obcí) a zo strany zdravotných poisťovní.

6. REFORMA VO FINANCOVANÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB PODMIENENÝCH ODKÁZANOSŤOU

Vychádzajúc z vyššie uvedených strategických cieľov a zásad v oblasti financovania sociálnych služieb bude potrebné realizovať viacero zmien. V nasledujúcej časti sú popísané bližšie tie, ktoré sa týkajú sociálnych služieb podmienených odkázanosťou, pri ktorých sa predpokladá spolufinancovanie novozavedeným príspevkom na pomoc pri odkázanosti ako podstaty naplnenia reformy v tejto oblasti v zmysle Plánu obnovy a odolnosti.

V rámci úpravy novej legislatívy bude potrebné vytvoriť rámec pre **integráciu dlhodobej sociálno - zdravotnej starostlivosti** ⁶², kde bude predpokladom kontinuálna potreba zabezpečovania ošetrovateľskej starostlivosti a inej zdravotnej starostlivosti (rehabilitačnej, paliatívnej, psychiatrickej) prijímateľov popri súčasnom poskytovaní sociálnej starostlivosti. Táto by mala byť financovaná povinne zo zdrojov verejného zdravotného poistenia v rámci zmluvy so zdravotnými poisťovňami. Cieľom tohto návrhu je posilniť integráciu sociálnej a zdravotnej starostlivosti a prispieť tým k jednému z cieľov reformy definovanej v Pláne obnovy a odolnosti SR.

Reformný rámec POO stavia na existujúcom viaczdrojovom financovaní sociálnych služieb a jeho nastavenie znázorňuje obrázok 4. V dnešnom kontexte ide o sociálne služby podmienené odkázanosťou poskytované v zariadeniach sociálnych služieb a domácu opatrovateľskú službu. V týchto sociálnych službách sa predpokladá aj **povinné spolufinancovanie zo zdrojov verejného zdravotného poistenia**, a to u indikovaných prijímateľov.

Obrázok 4: Schéma návrhu viaczdrojového financovania sociálnych služieb podmienených odkázanosťou



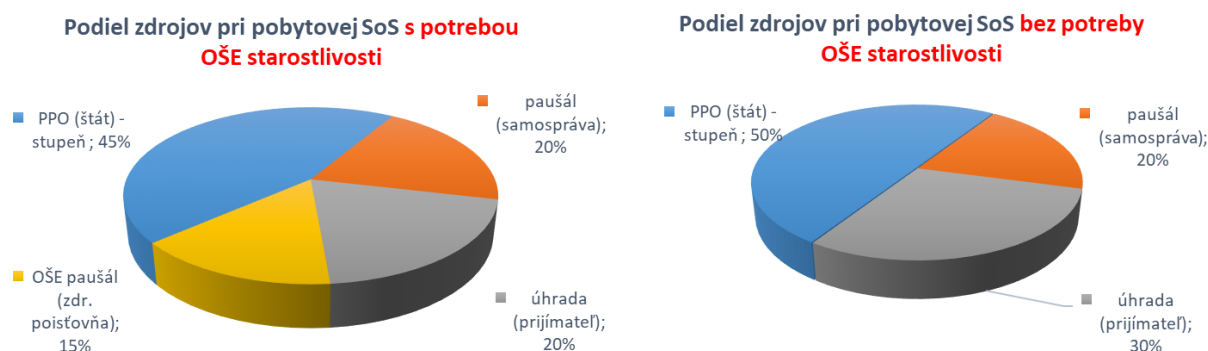
Zdroj: MPSVR SR, vlastné spracovanie

⁶² Integráciou dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti v Konceptii pomenovávame funkčné prepojenie sociálnej a zdravotnej starostlivosti v zmysle jedného z cieľov všetkých reforiem v Komponente 13. Preto do budúcnosti bude potrebné zosúladiť aj terminologicky aj obsahovo pojmy, ktoré sú definované v zdravotnej aj sociálnej legislatíve.

Popis obrázku 4: V rámci sociálnych služieb budú zdroje financovania: Štátny rozpočet / Príspevok na pomoc pri odkázanosti, Paušálny príspevok zo samosprávnej úrovne – obec/VÚC, Ošetrovateľský paušál zo zdravotného poistenia, Úhrada za sociálnu službu z vlastných zdrojov osoby/rodiny a iné zdroje prostredníctvom darov, grantov, povoleného zisku a pod.

Návrh približného podielu jednotlivých zdrojov financovania sociálnej služby vychádza z analýzy súčasného financovania sociálnych služieb a návrhov pracovnej skupiny a zohľadňuje predpoklad zavedenia príspevku na pomoc pri odkázanosti, úpravy prerozdelenia kompetencií samosprávy pri financovaní pobytových foriem sociálnych služieb podmienených odkázanosťou a spolufinancovanie zo zdravotného poistenia. Pri príprave legislatívnej úpravy v súvislosti so zmenou financovania sociálnych služieb (zo zdrojov príspevku na pomoc pri odkázanosti ako aj paušálneho príspevku samosprávy) bude potrebné upraviť prechod na nové financovanie tak, aby neohrozil stabilitu súčasných poskytovateľov sociálnych služieb.

Obrázok 5 Schéma návrhu viaczdrojového financovania sociálnych služieb podmienených odkázanosťou podľa podielu na celkovej cene SoS



Zdroj: MPSVR SR, vlastné spracovanie

Popis obrázku 5: V rámci sociálnych služieb s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti sa navrhujú podiely zdrojov financovania: Štátny rozpočet / 45 %, Paušálny príspevok samosprávy / 20 %, Ošetrovateľský paušál zo zdravotného poistenia / 15 %, Úhrada za sociálnu službu z vlastných zdrojov osoby / 20 %. Pri sociálnych službách bez poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti sa navrhujú podiely zdrojov financovania: Štátny rozpočet / 50 %, Paušálny príspevok samosprávy / 20 %, Ošetrovateľský paušál zo zdravotného poistenia / 0 %, Úhrada za sociálnu službu z vlastných zdrojov osoby / 30 %.

V súvislosti so zohľadnením požiadavky týkajúcej sa pravidiel štátnej pomoci a pre zvýšenie transparentnosti a efektívnosti využívania verejných zdrojov na financovanie sociálnych služieb bude zavedený jednotný kontrolný mechanizmus, ktorý bude rovnakým spôsobom monitorovať využitie verejných zdrojov u verejných ako aj u neverejných poskytovateľov sociálnych služieb.

6.1 PRÍSPEVOK NA POMOC PRI ODKÁZANOSTI

Plán obnovy a odolnosti SR predpokladá zavedenie nového systému financovania sociálnych služieb na princípe osobného rozpočtu. **Osobný rozpočet** je nástroj, ktorý ľuďom dlhodobo odkázaným na sociálnu starostlivosť a podporu, poskytuje kontrolu nad tým, ako je im táto podpora poskytovaná a organizovaná. Pri realizácii reformy sa navrhuje zaviesť nový príspevok na pomoc pri odkázanosti.

Príspevok na pomoc pri odkázanosti (PPO) má slúžiť na zabezpečenie pomoci a podpory pri odkázanosti na pomoc inej osoby pri vykonávaní činností v rámci sebaobsluhy, starostlivosti o domácnosť a pri základných sociálnych aktivitách. Tento príspevok umožní odkázaným osobám rozhodnúť o jeho využití, nakoľko predstavuje poskytnutie finančných zdrojov na zabezpečenie spolufinancovania adekvátnej formálnej alebo neformálnej starostlivosti a pomoci pri odkázanosti.

Pod formálnou starostlivosťou sa rozumejú najmä vybrané druhy sociálnych služieb a vybrané zdravotnícke zariadenia (tab. 1), v rámci ktorých je starostlivosť poskytovaná zamestnancami poskytovateľa sociálnej služby alebo zdravotnej starostlivosti. Pri neformálnej starostlivosti a pomoci pri odkázanosti poskytovaného blízkou, resp. určenou osobou zo strany odkázanej osoby bude môcť byť využitá len časť príspevku na neformálnu starostlivosť a zostávajúcu časť príspevku bude odkázaná osoba môcť využiť len na formálnu starostlivosť a pomoc, a to aj za účelom odľahčenia neformálneho opatrovateľa. Využiť príspevok na pomoc pri odkázanosti na neformálnu starostlivosť bude môcť len osoba odkázaná v stupni IV a V. Týmto sa nadväzuje na súčasné podmienky poskytovania peňažného príspevku na opatrovanie, ktorý sa zavedením nového príspevku zruší. Súčasne sa tým vytvorí priestor pre využívanie komunitných služieb osobami v nižších stupňoch odkázanosti (I až III) a rozvoj týchto sociálnych služieb v súlade s cieľmi definovanými v Pláne obnovy a odolnosti SR.

Obrázok 6. Znárodnenie návrhu možnosti využitia príspevku na pomoc pri odkázanosti (alebo jeho časti)



Zdroj: vlastné spracovanie

Popis obrázku 5: Tri možnosti využitia príspevku na pomoc pri odkázanosti: 1. možnosť - Sociálne služby podmienené odkázanosťou na pomoc inej osoby alebo zdravotným znevýhodnením, kde je starostlivosť poskytovaná zamestnancami PSS, tu nahradí FP z MPSVR na sociálnu službu v ZSS podmienených odkázanosťou a FP z obce na OS. 2. možnosť - Neformálna starostlivosť, kde je starostlivosť poskytovaná blízkou osobou – tu nahradí príspevok na opatrovanie. 3. možnosť - zdravotnícke zariadenie starostlivosti (hospic, dom ošetrovateľskej starostlivosti), kde je tiež poskytovaná sociálna starostlivosť zamestnancami ZSS a tu ide o novú možnosť.

Tabuľka 1 Druhy sociálnych služieb (podľa súčasnej legislatívy) a zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, v ktorých bude možné využiť PPO alebo jeho časť

Sociálne služby podmienené odkázanosťou na pomoc inej osoby	Podporné sociálne služby pre osoby so zdravotným znevýhodnením	Zariadenia zdravotnej starostlivosti
Zariadenie podporovaného bývania	Prepravná služba	Dom ošetrovateľskej starostlivosti
Špecializované zariadenie	Spravidcovská a predčitateľská služba	Hospic
Domov sociálnych služieb	Sprostredkovanie tlmočnickej služby	
Rehabilitačné stredisko	Sprostredkovanie osobnej asistencie	
Zariadenie pre seniorov	Monitorovanie a signalizácia potreby pomoci	
Zariadenie opatrovateľskej služby	Požičiavanie pomôcok	
Denný stacionár		
Domáca opatrovateľská služba		

Zdroj: vlastné spracovanie

Týmto príspevkom sa **nahradí peňažný príspevok na opatrovanie fyzickej osoby** poskytovaný v systéme kompenzácií sociálnych dôsledkov ŤZP, v systéme sociálnych služieb sa ním nahradí **finančný príspevok pri odkázanosti na pomoc pri sebaobsluže** poskytovaný neverejným poskytovateľom domácej opatrovateľskej služby zo strany obce a **finančný príspevok na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach podmienených odkázanosťou** poskytovaný z rozpočtu MPSVR SR obciam a neverejným poskytovateľom sociálnej služby. Peňažný príspevok na osobnú asistenciu ostane ako ďalší nástroj na kompenzovanie sociálnych dôsledkov ŤZP v oblasti starostlivosti a upraví sa možnosť popri jeho poberaní využiť aj časť príspevku na pomoc pri odkázanosti na nákup sociálnej služby uvedenej v tabuľke 1 vyššie.

Zrušením týchto príspevkov po zavedení príspevku na pomoc pri odkázanosti bude potrebné vykonať právnu analýzu postavenia tohto príspevku vo vzťahu k aplikácii Nariadenia (ES) Európskeho parlamentu a Rady 883/2004 z 29. apríla 2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia. Súčasný finančný príspevok na sociálnu službu je poskytovaný poskytovateľovi sociálnej služby a peňažný príspevok na opatrovanie nie je dávkou podliehajúcou predmetnému Nariadeniu, čo potvrdil aj Súdny dvor EÚ⁶³ svojim rozhodnutím. Preto tieto finančné príspevky nie sú exportované do iných štátov EÚ občanovi Slovenskej republiky.

Zavedenie príspevku na pomoc pri odkázanosti predpokladá rozhodovanie fyzickej osoby, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby pri sebaobsluže, o spôsobe jeho využívania niektorým zo zákonom stanovených spôsobov, ktorý môže v čase alebo s ohľadom na stupeň odkázanosti aj meniť. Za týmto účelom bude potrebné vytvoriť zrozumiteľný proces pre občana a sadu nástrojov na jeho **informované rozhodovanie**⁶⁴ (aj s jeho legislatívnym definovaním) so zabezpečením potrebnej podpory tohto rozhodovania v jeho súčinnosti s inou dôveryhodnou osobou, ktorej formálne udelí súhlas s podporou a to aj spolu s manažovaním procesov súvisiacich s prijímaním príspevku na pomoc pri odkázanosti a jeho vyplácaním oprávneným osobám poskytujúcim túto starostlivosť.

V tejto súvislosti by bolo vhodné, aby sa plánovaná úprava Občianskeho zákonníka týkala aj **podporovaného rozhodovania** v zmysle čl. 12 Dohovoru. Existujúce inštitúty ako právne zastupovanie, súdom určené opatrovníctvo alebo dôverník v sociálnych službách nie sú dostatočnými, resp. vždy vhodnými nástrojmi podpory takéhoto rozhodovania. Pre úspešnosť reformy je preto potrebná medzirezortná spolupráca s Ministerstvom spravodlivosti SR.

Pomoc pri využívaní príspevku na pomoc pri odkázanosti bude aj súčasnosťou odborných činností a bude súčasťou nového druhu sociálnej služby – **sprostredkovanie sociálnej služby a podpory**.

⁶³ Súdny dvor EÚ dňa 16. septembra 2015 vyniesol rozsudok, ktorým zamietol žalobu Európskej komisie a rozhodol, že peňažné príspevky na kompenzáciu (podľa zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia) nie sú dávkami sociálneho zabezpečenia (t. j. nepodliehajú koordinačným pravidlám). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/?uri=CELEX%3A62013CJ0433>

⁶⁴ Informované rozhodnutie je možné urobiť vtedy, ak má fyzická osoba informácie prístupné v zrozumiteľnej forme. v rámci sociálnych služieb už dnes existuje Kritérium 1.3, kde sa očakáva, že poskytovateľ bude mať písomne vypracovaný transparentný a pre prijímateľa sociálnej služby zrozumiteľný postup pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní sociálnej služby. A preto je prijatie a poskytovanie sociálnej služby je založené na slobodnom a informovanom rozhodnutí prijímateľa sociálnej služby (vrátane súhlasu so zmluvnými podmienkami upravenými zmluvou o poskytovaní sociálnych služieb vyjadreného jej podpisom).

PROCES POSKYTNUTIA A VYUŽÍVANIA PEŇAŽNÉHO PRÍSPEVKU NA POMOC PRI ODKÁZANOSTI

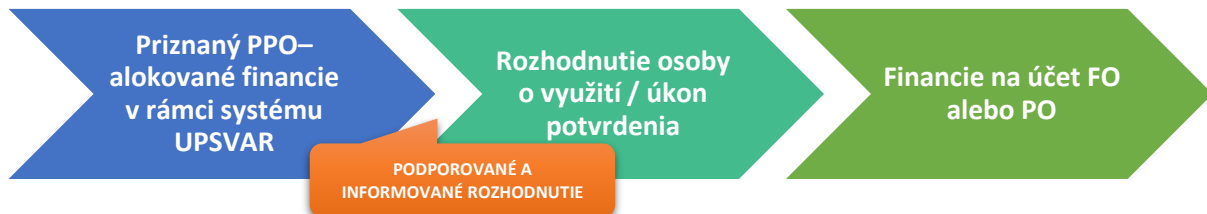
Poskytovanie príspevku na pomoc pri odkázanosti je prepojené s reformou posudkovej činnosti⁶⁵, ktorá je rovnako súčasťou záväzkov MPSVR SR v rámci Komponentu 13. V tejto súvislosti bude zrušené posudzovanie odkázanosti na sociálnu službu a predmetom posudzovania vo vzťahu k sociálnym službám bude odkázanosť fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby. Zároveň dôjde k presunu pôsobnosti v tejto oblasti z obcí a VÚC na úrady práce, sociálnych vecí a rodiny.

O nároku na príspevok na pomoc pri odkázanosti budú rozhodovať v správnom konaní úrady práce, sociálnych vecí a rodiny. Podkladom pre toto rozhodnutie bude integrovaný posudok, ktorým sa určí stupeň odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby. Výška príspevku na pomoc pri odkázanosti bude závisieť od stupňa odkázanosti fyzickej osoby, bez ohľadu na príjmové a majetkové pomery odkázanej fyzickej osoby.

Každý osobe, ktorej bude priznaný príspevok na pomoc pri odkázanosti v príslušnej výške podľa stupňa jej odkázanosti budú tieto finančné prostriedky mesačne poskytované formou, ktorá bude prislúchať jeho rozhodnutiu o spôsobe využitia príspevku.

Kľúčový princípom pri využívaní príspevku na pomoc pri odkázanosti v zmysle osobného rozpočtu je fakt, že práve osoba odkázaná na pomoc inej osoby má vplyv a kontrolu nad tým, kým a ako je jej táto pomoc poskytovaná a organizovaná v zmysle novej právnej úpravy.

Obrázok 7: Kľúčový princíp osobného rozpočtu vo využití príspevku na pomoc pri odkázanosti



Zdroj: vlastné spracovanie

Popis obrázku 6: Financie na priznaný príspevok na pomoc pri odkázanosti sú alokované na osobnom účte osoby v rámci systému UPSVAR, následne sa dotknutá osoba rozhodne o využití príspevku na pomoc pri odkázanosti (úkon potvrdenia) a financie sa prevedú na účet poskytovateľa starostlivosti - FO alebo PO.

Po priznaní príspevku na pomoc pri odkázanosti bude mať možnosť odkázaná fyzická osoba rozhodnúť o jeho využití jednou z troch možností, resp. ich kombináciou:

- spolufinancovanie vybraných druhov sociálnych služieb poskytovanej terénnou formou, ambulantnou alebo pobytovou formou v zariadení sociálnych služieb,
- neformálna starostlivosť v stupni odkázanosti IV a V,
- spolufinancovanie sociálnej zložky dlhodobej starostlivosti vo vybraných zdravotníckych zariadeniach.

V prvom prípade bude potrebné, aby úrad práce, sociálnych vecí a rodiny bol informovaný o uzavretí zmluvy o poskytovaní sociálnych služieb aj so spôsobom určenia výšky úhrady za poskytovanú sociálnu službu a výške úhrady. Následne poberateľ príspevku na pomoc pri odkázanosti potvrdí svoje

⁶⁵ Návrh zákona o integrovanej posudkovej činnosti by mal byť schválený Národnou radou SR do konca roka 2024 s účinnosťou od 1. 9. 2025.

rozhodnutie o využití tohto príspevku týmto spôsobom a bude možné finančné prostriedky previesť na účet tohto zmluvného poskytovateľa sociálnej služby. Prijímatelia sociálnych služieb budú celý príspevok na pomoc pri odkázanosti využívať na úhradu sociálnej služby (viď tabuľka 1).

V druhom prípade poberateľ príspevku na pomoc pri odkázanosti v stupni IV alebo V (alebo jeho právny zástupca) určí svojho neformálneho opatrovateľa, s ktorým uzatvorí zmluvu, resp. iný formalizovaný úkon potvrdzujúci poskytovanie neformálnej starostlivosti odkázanej osobe. S cieľom zachovať súčasný status poberateľov peňažného príspevku na opatrovanie v prípade, ak bude jedna fyzická osoba poskytovať neformálnu starostlivosť poberateľovi príspevku na pomoc pri odkázanosti odkázanom v IV a V stupni odkázanosti (v zmysle plánovanej legislatívy o integrovanej posudkovej činnosti), bude jej prináležať sociálna ochrana a zdravotné poistenie ako dnešným poberateľom príspevku na opatrovanie v systéme kompenzácií sociálnych dôsledkov ŤZP⁶⁶. Časť príspevku na pomoc pri odkázanosti určená na neformálnu starostlivosť v stupni IV a V sa prevedie mesačne priamo na účet (prípadne inou formou) odkázanej fyzickej osoby, resp. na účet ktorý určí a časť zostane alokovaná pre poberateľa príspevku na pomoc pri odkázanosti v systéme úradu práce, sociálnych vecí a rodiny viazaná na zabezpečenie formálnej starostlivosti (sociálna služba prípadne starostlivosť vo vybranom zdravotníckom zariadení). Táto časť príspevku určená na formálnu starostlivosť sa môže v systéme kumulovať počas zákonom určeného obdobia a poberateľ ju môže využiť narázovo, napríklad na nákup sociálnej služby pobytovou formou (za účelom odľahčenia osoby poskytujúcej neformálnu starostlivosť).

V treťom prípade bude spôsob vyplácania príspevku na pomoc pri odkázanosti realizovaný rovnako ako pri využití v rámci sociálnych služieb uvedených v prvom prípade.

Ak bude dieťa so zdravotným znevýhodnením umiestnené v inštitucionálnej starostlivosti (napr. CDR), podmienky poskytovania príspevku na pomoc pri odkázanosti sa prispôbia aktuálnemu financovaniu náhradnej starostlivosti s ohľadom na možnú duplicitu financovania. Cieľom je umožniť aj týmto deťom prístup k niektorým sociálnym službám tak, aby sa zlepšili podmienky pre ich inklúziu a integráciu.

Poberateľom peňažného príspevku na osobnú asistenciu môže byť priznaná časť príspevku na pomoc pri odkázanosti, ktorá je určená na zabezpečenie formálnej starostlivosti.

Pri zavádzaní poskytovania a mechanizmu využívania príspevku na pomoc pri odkázanosti bude nevyhnutné zohľadniť a eliminovať potenciálne riziká, aj na základe skúsenosti z okolitých krajín (najmä Českej republiky). Príspevok na pomoc pri odkázanosti bude môcť byť, v rámci jeho využitia na formálnu starostlivosť, použitý len u registrovaných poskytovateľov sociálnych služieb, resp. poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorým bude na základe rozhodnutia a súhlasu prijímateľa poukazovaný maximálne do výšky úhrady priamo na základe uzatvorenej zmluvy o poskytovaní starostlivosti. V prípade neformálnej starostlivosti bude potrebné vytvoriť mechanizmy na kontrolu adekvátnosti využitia hotovostnej časti príspevku a kvalitu poskytovanej starostlivosti v rámci inšpekcie v sociálnych veciach, v ktorej kompetencii je už v súčasnosti aj kontrola využívania príspevku na opatrovanie.

⁶⁶ Poberatelia príspevku na opatrovanie sú v zmysle § 15 ods. 1 písm. e) zákona č. 461/2003 Z. z. poistencami štátu - povinne dôchodkovo poistení a v zmysle § 11 ods. 7 zákona č. 580/2004 Z. z. je štát platiteľom poistného za fyzickú osobu, ktorá poberá príspevok na opatrovanie.

VÝŠKA PRÍSPEVKU NA POMOC PRI ODKÁZANOSTI

Pri určení predpokladanej výšky príspevku na pomoc pri odkázanosti pre najvyšší V. stupeň odkázanosti sa vychádzalo z priemerných celkových mzdových nákladov vybraných pobytových zariadení podmienených odkázanosťou za rok 2023 (domov sociálnych služieb, špecializované zariadenie, zariadenie opatrovateľských služieb, zariadenie pre seniorov), z dôvodu ich najvyššej nákladovosti, ktoré predstavujú sumu na mesiac priemerne 1 470 eur. Výška príspevku na pomoc pri odkázanosti v najvyššom V. stupni odkázanosti zodpovedá približne 60 % celkových mzdových nákladov (čo zodpovedá mzdovým nákladom na odborných zamestnancov) na vybrané pobytové zariadenia podmienené odkázanosťou. Táto suma bola následne so zvýšená o medziročnú infláciu na základe makroekonomickej prognózy MF SR⁶⁷. Na základe uvedeného bol návrh sumy príspevku na pomoc pri odkázanosti stanovený pre najvyšší V. stupeň odkázanosti vo výške 1 000 eur. Pri určení výšky príspevku v ostatných stupňoch (I až IV) bol pri percentuálnom znížení sumy príspevku zohľadnený priemerný rozsah odkázanosti v jednotlivých stupňoch v hodinách.

Suma príspevku v jednotlivých stupňoch sa bude poskytovať odkázanej osobe v rovnakej výške bez ohľadu na to, či ho využije na formálnu alebo neformálnu starostlivosť. V prípade neformálnej starostlivosti však bude určená pevná časť, ktorú bude môcť odkázaná osoba využiť na neformálnu starostlivosť, zostávajúcu sumu bude môcť využiť na spolufinancovanie úhrady za formálnu starostlivosť (za účelom ďalšej podpory a sociálneho začlenenia odkázanej osoby, ako aj odľahčenia neformálneho opatrovateľa).

V rámci legislatívnej úpravy príspevku na pomoc pri odkázanosti bude zadaný spôsob automatickej valorizácie tohto príspevku, ktorý sa môže odvíjať od viacerých ukazovateľov, ako napr. miera inflácie alebo rast minimálnej mzdy, resp. rast priemernej mzdy.

Tabuľka 2: Navrhovaná mesačná výška príspevku na pomoc pri odkázanosti od roku 2026

Stupeň a rozsah odkázanosti (podľa návrhu zákona o integrovanej posudkovej činnosti)	Navrhovaná výška PPO podľa spôsobu využitia na osobu / mesiac v eur		
	formálna starostlivosť (sociálne služby, zdravotnícke zariadenie)	neformálna starostlivosť	
		priamo na neformálnu starostlivosť dospelá osoba / dieťa	na sociálne služby, zdravotnícke zariadenie
I (2 - 4 hodiny)	200 €	-	-
II (4 - 6 hodín)	400 €	-	-
III (6 - 8 hodín)	600 €	-	-
IV (8 - 12 hodín)	850 €	700 € / 900 €	150 €
V (12 a viac hodín)	1 000 €	700 € / 900 €	300 €

Zdroj: vlastné spracovanie

Plnú sumu toho príspevku môže odkázaná fyzická osoba využiť na poskytovanie sociálnej služby, kombináciou druhov aj foriem sociálnych služieb (napr. ambulantnej aj terénnej sociálnej služby) alebo na poskytovanie sociálnej starostlivosti vo vybranom zariadení zdravotníckej starostlivosti. Ak sa

⁶⁷ Pri nastavení výšky príspevku na pomoc pri odkázanosti pri jeho legislatívnej úprave bude potrebné jeho výšku verifikovať v zmysle v tom čase dostupných štatistických údajov a makroekonomických prognóz.

odkázaná fyzická osoba rozhodne príspevok na pomoc pri odkázanosti využiť na neformálnu starostlivosť, bude môcť využiť na túto formu len časť určenú zákonom.

Vzhľadom na to, že v súčasnosti je možný súbeh poberania príspevku na opatrovanie s prijímaním ambulantnej alebo terénnej sociálnej služby podmienenej odkázanosťou za zákonom stanovených podmienok (k septembru 2024 túto možnosť využilo cca 2,5-tisíc osôb s ŤZP), bude v ďalšom procese prebiehať modelovanie týchto situácií a definovanie vhodného riešenia vo vzťahu k forme sociálnej služby a v zmysle programového vyhlásenia vlády tak, aby sa odkázaní ľudia mohli rozhodnúť pre takú formu starostlivosti, resp. ich kombináciu, ktorá podporí ich zotrvanie v prirodzenom domácom prostredí a aktívny život vrátane spoločenského a pracovného uplatnenia a zároveň neoslabí ponuku formálnej starostlivosti prostredníctvom poskytovateľov ambulantnej alebo terénnej sociálnej služby.

Zároveň dlhodobo vnímame pri poberaní príspevku na opatrovanie ako problém aj nemožnosť súbehu sociálnej ochrany zo strany štátu popri výkone zárobkovej činnosti opatrovateľom, a to aj na základe vyššie spomenutého možného súbehu poberania príspevku na opatrovanie s prijímaním vybraných sociálnych služieb, ktorým sa vytvára priestor na výkon pracovnej činnosti opatrovateľa popri opatrovaní osoby s ŤZP. Preto je potrebné sa touto témou zaoberať a hľadať vhodné riešenie možnosti výkonu zárobkovej činnosti neformálnym opatrovateľom v súbehu s jeho dôchodkovým poistením ako poistenca štátu, ktoré si však vyžaduje komplexný a jednotný prístup ku všetkým ďalším skupinám tzv. poistencov štátu.

6.2 PAUŠÁLNY PRÍSPEVOK SAMOSPRÁVY

Spolufinancovanie sociálnej služby zo strany samosprávy zostane zachované. Upustí sa od v súčasnosti nastaveného spôsobu výpočtu finančného príspevku na prevádzku poskytovanej sociálnej služby, a to najmä z dôvodu jeho komplikovaného výpočtu. V rámci nového nastavenia bude spôsob určenia výšky finančného príspevku určeného na poskytovanie sociálnej služby **zákonom stanovený paušálne určenou výškou pre jednotlivé druhy a formy sociálnych služieb a určeným spôsobom valorizácie**. Zámerom zavedenia paušálnej výšky príspevku je aj zjednodušenie administratívnej záťaže územnej samosprávy, pričom sa poskytovaním paušálneho príspevku odstráni potreba pravidelnej kontroly použitia príspevku. Zároveň sa ponechá možnosť navýšiť túto výšku všeobecne záväzným nariadením obce alebo VÚC na rovnakom základe všetkým poskytovateľom napríklad s ohľadom na regionálne rozdiely v nákladoch na sociálnu službu aj s prihliadnutím na rozdielnosť nákladov v závislosti od kapacity sociálnej služby alebo strategické plánovanie pri rozvoji sociálnych služieb. Zavedenie jednotných pravidiel pre výpočet paušálneho príspevku zabezpečí rovnaké podmienky pre všetkých poskytovateľov s ambíciou odstraňovať regionálne rozdiely v podpore sociálnych služieb. Tento návrh je podporený výsledkami prieskumu realizovaného medzi členmi pracovnej skupiny pre prípravu reformy financovania sociálnych služieb (poskytovatelia, samospráva a. i.).

Návrh výšky paušálneho príspevku samosprávy na sociálnu službu vychádza z celkovej ceny sociálnej služby (priemerných výdavkov na jednotku príslušného druhu sociálnej služby) a na základe návrhov pracovnej skupiny k reforme financovania sociálnych služieb a výsledkov analýzy bol stanovený vo výške **20 % z týchto výdavkov pre sociálne služby v zariadení pri pobytovej forme, 30% pri ambulantnej a terénnej forme**. V tabuľke 3 sú uvedené podiely z celkovej ceny sociálnej služby, ktoré sú informatívne a predstavujú návrhy minimálnej výšky paušálneho príspevku na rok 2026, pričom sa

vychádzalo z celoslovenského priemeru ceny z roku 2023 navýšenej o predpokladanú infláciu na rok 2026. Stanovanie výšky paušálneho príspevku na rok 2026 sa bude odvíjať aj od údajov za rok 2024 navýšené o predpokladanú infláciu.

Tabuľka 3 Výška paušálneho príspevku samosprávy návrh na rok 2026

Druh sociálnej služby	Navrhovaná výška paušálneho príspevku na 2026 (v eur)		
	Pobytová forma (mesiac/miesto)	Ambulantná forma (mesiac/miesto)	Terénna forma (hodina)
Denný stacionár		105	
Domov sociálnych služieb	390	360	
Rehabilitačné stredisko	320	260	
Špecializované zariadenie	400	420	
Zariadenie opatrovateľskej služby	320	155	
Zariadenie podpor. bývania	240		
Zariadenie pre seniorov	320		
Opatrovateľská služba			3,7

Zdroj: vlastné spracovanie

Pri úpravách spolufinancovania zo strany samosprávy je nevyhnutným východiskom doriešenie **rozdelenia kompetencií** pri poskytovaní, zabezpečovaní a financovaní jednotlivých druhov a foriem sociálnych služieb na úrovni VÚC a obcí. S ohľadom na prebiehajúce práce na reforme verejnej správy aj členovia pracovnej skupiny, vrátane zástupcov strešných organizácií samospráv, rozumejú potrebe pristúpiť k istým úpravám vo vzťahu k zabezpečeniu a financovaniu sociálnych služieb podmienených odkázanosťou. V rámci reformy sa preto navrhované zmeny týkajú presunu povinnosti obcí spolufinancovať pobytové formy ZSS podmienených odkázanosťou na úroveň VÚC (súbežne so zavedením príspevku na pomoc pri odkázanosti).

Tento krok môže priniesť na jednej strane zefektívnenie financovania týchto sociálnych služieb zo strany samosprávnych krajov, ale aj zvýšiť dostupnosť týchto sociálnych služieb pre ich prijímateľov a na strane druhej aj zníženie administratívnej záťaže pre poskytovateľov sociálnych služieb najmä pri zúčtovaní príspevku zo samosprávy.

Tabuľka 4 Návrh na rozdelenie povinnosti obcí a VÚC spolufinancovať SoS podmienené odkázanosťou

Druh sociálnej služby	Aktuálny stav	Po zavedení PPO
Zariadenie podporovaného bývania - pobytová forma	VÚC	VÚC
Domov sociálnych služieb - pobytová forma	VÚC	VÚC
Rehabilitačné stredisko - pobytová a ambulantná forma	VÚC	VÚC
Špecializované zariadenie - pobytová a ambulantná forma	VÚC	VÚC
Zariadenie pre seniorov - pobytová forma	OBEC	VÚC
Zariadenie opatrovateľskej služby - pobytová forma	OBEC	VÚC
Denný stacionár - ambulantná forma (ZPS, ZOS ambulantná forma sa transformuje na DS)	OBEC	OBEC
Opatrovateľská služba - terénna forma	OBEC	OBEC

Zdroj: vlastné spracovanie

Paušálny príspevok bude samospráva poskytovať na svojho obyvateľa bez ohľadu na právnu formu poskytovateľa alebo miesto poskytovania sociálnej služby.

Návrh na presun povinností financovať všetky pobytové formy sociálnych služieb podmienených odkázanosťou na VÚC, ako aj princíp poskytovania paušálneho príspevku na obyvateľa bude ďalej komunikovaný so všetkými zainteresovanými stranami vrátane zástupcov miestnej a regionálnej samosprávy pri príprave legislatívnej úpravy.

Zabezpečovanie sociálnej služby (sociálne poradenstvo, informovanie, vyhľadávanie dostupných kapacít, prijímanie žiadostí občanov a podávanie žiadostí o zabezpečenie sociálnej služby) v súčasnom rozsahu bude v novom systéme zjednodušené a to jednak prepojením informačných systémov, sociálnym poradenstvom poskytovaným na úrovni úradov práce, sociálnych vecí a rodiny a zavedením novej sociálnej služby - sprostredkovanie sociálnej služby a pomoci. Základné sociálne poradenstvo zostane povinne poskytované zo všetkých úrovní samosprávy. Povinné financovanie novej sociálnej služby – Sprostredkovanie sociálnej služby a pomoci sa navrhuje na úrovni miestnej samosprávy, avšak nie jednotlivých obcí, ale prostredníctvom spoločných úradovní / agentúr / klientskeho centra / poradní pre väčšie územné celky a to v súlade s reformou verejnej správy.

6.3 ÚHRADA Z VEREJNÉHO ZDROVOTNÉHO POISTENIA

Príspevok z verejného zdravotného poistenia bude uhrádzaný za všetkých prijímateľov, ktorým je indikovaná ošetrovateľská starostlivosť a poskytuje sa im sociálna služba v zariadení sociálnych služieb. **Ide o nevyhnutný predpoklad na prepojenie sociálnej a zdravotnej starostlivosti.** Preto je nevyhnutné venovať pozornosť aj nastaveniu financovania z oboch rezortov a povinnosti zdravotných poisťovní uzatvoriť zmluvu s poskytovateľmi sociálnych služieb, ktorí poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť prijímateľom za zákonmi stanovených podmienok.

Do roku 2024 bola výška tzv. ošetrovateľského paušálu v ZSS 6,60 € na deň (od roku 2024 12,06 € na deň) a len na redukovaný počet miest v zariadeniach sociálnych služieb - 10 000 v rámci SR, čo nedokáže pokryť reálne náklady na mzdy kvalifikovaného zdravotného personálu, ktorý ošetrovateľskú starostlivosť môže poskytovať. Zdravotné poisťovne v roku 2024 zazmluvnili len 8 600 miest a podľa informačného systému sociálnych služieb v ZSS bolo v tom čase viac ako 23 000 osôb, ktorým sa poskytovala ošetrovateľská starostlivosť. Dôležitým krokom je návrh prehodnotiť minimálny počet lôžok⁶⁸, tak aby reflektoval aktuálnu potrebu a bol pravidelne prehodnocovaný v súvislosti s demografickými zmenami, avšak v záujme zabezpečenia ošetrovateľskej starostlivosti každému prijímateľovi sociálnej služby, ktorý je na ňu indikovaný sa javí ako najoptimálnejšie riešenie jeho úplné zrušenie.

S ohľadom na komplexnejšie zdravotné problémy, s ktorými prichádzajú do zariadení sociálnych služieb prijímatelia, sa navrhuje práve cez rozlíšenie spôsobu financovania zdravotnej starostlivosti vytvoriť rámec pre integrovanie zdravotnej a sociálnej starostlivosti v závislosti od „náročnosti“ poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

Zámerom je, aby zariadenia sociálnych služieb, kde sa poskytuje aj zdravotná starostlivosť v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti mali náklady na mzdy ošetrovateľského personálu pokryté zo zdrojov

⁶⁸ Vláda SR 30. 9. 2024 schválila návrh úpravy zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, kde sa navrhuje, aby sa každoročne k 1.1. ustanovoval minimálny počet lôžok na účely poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci. [\[online\]](#).

verejného zdravotného poistenia, a to v kontexte vopred vymedzených kritérií napr. od rozsahu a náročnosti poskytovanej zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti o osobu, alebo záťaže zdravotníckeho pracovníka a iné. V nadväznosti na uvedené, sú predmetom diskusií s rezortom zdravotníctva viaceré prístupy, napr. klasifikovanie tzv. ošetrovateľského paušálu do viacerých úrovní v závislosti od náročnosti a rozsahu vykonávanej ošetrovateľskej starostlivosti s rozdielnou výškou príspevku z verejného zdravotného poistenia s jeho pravidelnou valorizáciou, alebo kombinácia paušálneho príspevku a úhrady z verejného zdravotného poistenia za konkrétne výkony. Podporným opatrením pre naplnenie tohto zámeru je aj vytvorenie nového povolania – „zdravotnícky opatrovateľ“ (nateraz pracovný názov), ako aj tvorba nových kompetenčných rámcov nielen pre novovytvorené povolanie, ale aj pre ostatných členov ošetrovateľského tímu a opatrovateľa.

V prípade, ak v budúcnosti nebude poskytovateľ vykonávať niektoré výkony ošetrovateľskej starostlivosti, bude potrebné definovať, ktoré z týchto výkonov poskytovaných v ZSS prostredníctvom ADOS majú byť preplatené zo strany zdravotných poisťovní a nastaviť racionálne deliace línie. V súlade s prílohou Stratégie dlhodobej starostlivosti je potrebné zabezpečiť, aby v indikovaných prípadoch bol možný súbeh poskytovania viacerých foriem zdravotnej starostlivosti uhrádzanej zo zdrojov zdravotného poistenia u identickej osoby, ktorej sa poskytuje ošetrovateľská starostlivosť zariadením sociálnych služieb, s ADOS, mobilným hospicom, psychiatrickou starostlivosťou mobilnými tímami a rehabilitačnou starostlivosťou.

Cieľom takéhoto nastavenia systému je podpora prepojenia dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti, multi-sektorový a multi-disciplinárny prístup k podpore všestranného rozvoja v súlade s individuálnymi potrebami a schopnosťami s akcentom na spájanie sociálnej a ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanej v zariadeniach sociálnych služieb aj so zdravotnou rehabilitáciou a fyzioterapiou, a to v záujme obnovy a udržateľnosti najvyššej možnej miery sebestačnosti prijímateľa sociálnej služby. Podpora takejto starostlivosti sa nastaví po roku 2026.

V rámci realizácie reformy duševného zdravia v zmysle Komponentu 12 a vytvárania psychosociálnych centier bude potrebné nastaviť prepojenie so sociálnymi službami tak, aby osoba s indikovanou psychiatrickou starostlivosťou ju mala zabezpečenú. V zariadeniach sociálnych služieb totiž narastá počet prijímateľov s vážnymi psychiatrickými diagnózami, vrátane rôznych závislostí, a preto je zabezpečovanie starostlivosti o tieto osoby bez podpory psychiatrických tímov neudržateľné. Dôležité je v tomto ohľade myslieť do budúcnosti a hľadať možnosti prepojenia rezortov sociálnych vecí a zdravotníctva pre poskytovanie psychologickú a psychiatrickú starostlivosť na základe multidisciplinárneho prístupu⁶⁹.

6.4 ÚHRADA PRIJÍMATEĽA SOCIÁLNEJ SLUŽBY

Priznanie príspevku na pomoc pri odkázanosti nebude závislé od príjmových a majetkových pomerov žiadateľa o príspevok. Predpokladá sa, že časť úhrady pokrývajúca najmä náklady na stravu a ubytovanie bude fyzická osoba pokrývať z vlastných resp. rodinných príjmov alebo majetku.

⁶⁹ Vláda SR 30. 9. 2024 schválila návrh úprav viacerých zdravotníckych zákonov, ktoré vytvárajú právny rámec pre komunitnú psychiatrickú starostlivosť a lepšie prepojenie s poskytovaním sociálnych služieb. [\[online\]](#).

V roku 2023 boli v sociálnych službách podmienených odkázanosťou pohľadávky z nezaplatenej úhrady evidované poskytovateľmi vo výške viac ako 22,6 mil. eur. S touto situáciou je potrebné sa pri príprave právneho rámca financovania sociálnych služieb vysporiadať úpravou rozsahu a spôsobu ochrany príjmu prijímateľa sociálnej služby, ktorého príjem (resp. príjem osôb povinných spolupodieľať sa na úhrade za sociálnu službu) nebude postačovať na zaplatenie úhrady a to ani po zohľadnení sumy príspevku na pomoc pri odkázanosti. Pri príprave legislatívnej úpravy v súvislosti so zavedením príspevku na pomoc pri odkázanosti je možné použiť viac prístupov, a to napr. stanoviť maximálnu výšku úhrady za vybrané činnosti poskytované v rámci sociálnej služby alebo ponechať posudzovanie príjmu a majetku a zachovanie povinného zostatku príjmu po zaplatení úhrady. Nová právna úprava sa bude zaoberať aj otázkou financovania rozdielu medzi úhradou a nízkym príjmom prijímateľa sociálnej služby do legislatívou stanovenej výšky na tento účel.

6.5 SOCIÁLNE SLUŽBY AKO SLUŽBY VŠEOBECNÉHO HOSPODÁRSKEHO ZÁUJMU

Pri príprave reformy financovania sociálnych služieb sa bude potrebné vysporiadať s poskytovaním štátnej pomoci v sociálnych službách. Európska legislatíva umožňuje určité sociálne služby identifikovať ako služby všeobecného hospodárskeho záujmu (SVHZ). Podľa právnej úpravy nejde o klasické služby poskytované na trhu, ale o služby, ktoré sa vyznačujú zvláštnym charakterom. Tieto služby sú obvykle zabezpečované štátom, krajom alebo obcami vo verejnom záujme a špecifickým znakom týchto služieb je fakt, že ak by neboli finančne podporované verejnými subjektami, neboli by poskytované na trhu vôbec alebo by boli poskytované v nižšej kvalite či rozsahu.

Môžu zahŕňať pomoc:

- osobám, ktoré čelia osobným problémom alebo krízam (ako napríklad zadlženie, nezamestnanosť, drogová závislosť alebo rozpad rodiny);
- na činnosti, ktorých cieľom je zabezpečiť začlenenie osôb, ktoré majú problémy podmienené dlhodobým nepriaznivým zdravotným stavom, vekom či zdravotným postihnutím, a činnosti, ktorých cieľom je zabezpečiť, aby sa dotknuté osoby dokázali v plnom rozsahu opätovne začleniť do spoločnosti;
- na služby podporujúce úlohu rodín pri starostlivosti predovšetkým o najmladších a najstarších členov spoločnosti;
- na sociálne ubytovanie poskytované znevýhodneným osobám alebo sociálne menej zvýhodneným skupinám.

Pri hodnotení SVHZ nezáleží, akú právnu formu má poskytovateľ sociálnej služby alebo aké sú zdroje jeho financovania. Označenie konkrétneho subjektu za podnik v zmysle SVHZ teda plne závisí od povahy jeho činnosti – druhu poskytovanej sociálnej služby. Za týmto účelom sa na úrovni ministerstva pripravila v spolupráci s Protimonopolným úradom SR samostatná analýza⁷⁰. Predmetom Analýzy je komplexný popis práva Európskej únie v oblasti štátnej pomoci, a kvalifikovať a zhodnotiť osobitný charakter sociálnych služieb najmä pre účely ich vymedzenia ako služby všeobecného hospodárskeho záujmu v súlade s právom Európskej únie o štátnej pomoci. Predmetom Analýzy sú závery, ktoré môžu

⁷⁰ [Analýza](#) aj s [prílohou](#) je zverejnená na stránke MPSVR

poslúžiť ako podklad pri vytváraní systému financovania sociálnych služieb v budúcnosti, nakoľko aspekt štátnej pomoci výrazným spôsobom ovplyvňuje nastavovanie systému financovania z verejných zdrojov (napr. zdroje Európskej únie, štátneho rozpočtu, samosprávy).

Toto zosúladenie so súvisiacou legislatívou EÚ predpokladá, že všetky zdroje spolufinancovania sociálnej služby budú musieť byť uvedené a verifikované v rámci prepojených informačných systémov na jednom mieste tak, aby bolo preukázateľné, že finančná podpora konkrétneho poskytovateľa z verejných prostriedkov (akéhokoľvek druhu napríklad zo štátneho rozpočtu, rozpočtu samosprávy alebo verejného zdravotného poistenia) nie je nadmernou náhradou za poskytovanie služby hospodárskej povahy vo verejnom záujme, a to v kontexte so všetkými zdrojmi jej spolufinancovania.

Súčasná právna úprava explicitne nepripúšťa účtovný zisk poskytovateľa sociálnej služby financovaného z verejných zdrojov (vo verejnom záujme) ním poskytovanej sociálnej služby. Poskytovateľ je povinný kladný výsledok hospodárenia vrátiť poskytovateľovi verejných zdrojov, v prípade neverejného poskytovateľa územnej samosprávy alebo MPSVR SR, ak je len MPSVR SR poskytovateľom finančnej podpory, v prípade rozpočtových organizácií do rozpočtu zriaďovateľa. Takýmto spôsobom si poskytovatelia sociálnych služieb nedokážu vytvoriť rezervu na nevyhnutné, resp. nečakané investície alebo na väčšie investície do zavádzania nových postupov či testovania inovácií.

Legislatívna úprava SVHZ umožňuje primeraný zisk. Z toho dôvodu sa navrhuje umožniť tvorbu účelovo viazaného regulovaného primeraného zisku, ktorý bude možné použiť na ďalší rozvoj poskytovaných sociálnych služieb. Napríklad na ďalšie skvalitňovanie poskytovania sociálnych služieb, na opravy a údržbu budov a riešenie havarijných stavov, výsledkom čoho bude celkový rozvoj v sociálnych službách, čo je pri súčasnej stagnácii žiaduce.

V rámci kontroly nadmernej náhrady SVHZ vykonávanej zo strany poverovateľa na výkon SVHZ (MPSVR SR) ide o monitorovanie a preverovanie toho, či poskytovateľovi sociálnych služieb poverenému na výkon SVHZ neboli vyplácané kompenzácie nad rámec oprávnenosti. Kontrolný proces je zameraný na oprávnenosť výšky náhrady, t. j. zisťuje sa, či výška náhrady neprevyšuje oprávnené náklady spojené s poskytovaním sociálnej služby, ktoré poskytovateľovi vznikli pri poskytovaní SVHZ, a či nie sú poskytované nadmerné platby.

Z dôvodu zabezpečenia lepšieho kontrolného systému a transparentnosti bude potrebné zjednotiť a skvalitniť zber dát z pohľadu jednotného sledovania ekonomických ukazovateľov a rozpočtov poskytovateľov sociálnych služieb, ktoré zabezpečia benchmarking a kontrolu účelnosti využívania verejných zdrojov.

SVHZ budú služby, ktoré na národnej, regionálnej alebo miestnej úrovni budú reprezentovať všeobecný záujem, ale zároveň budú podliehať osobitným záväzkom služby vo verejnom záujme. Takýto záväzok služby vo verejnom záujme každému poskytovateľovi sociálnej služby zapísanej do registra vznikne prostredníctvom poverenia vydaného MPSVR SR na základe kritéria všeobecného záujmu, čím sa zabezpečí, aby sa sociálne služby poskytovali za podmienok, ktoré im umožnia plniť ich poslanie. Vychádzajúc z výsledkov analýzy MPSVR SR ohľadom SVHZ v súčasnosti nie je možné stanoviť podmienky pre minimálnu sieť ani zaviesť princípy verejného obstarávania pri ich zabezpečovaní.

Poverovacie podmienky budú obsahovať: definovanie charakteru služby všeobecného hospodárskeho záujmu; obsah záväzku služby vo všeobecnom hospodárskom záujme; trvanie záväzku služby vo všeobecnom hospodárskom záujme, mechanizmu náhrad a parametre na výpočet, kontrolu a prehodnocovanie náhrady vrátane opatrení spojených s predchádzaním a vznikom nadmernej náhrady a na vrátenie takejto nadmernej náhrady.

Za takýchto okolností by sa nemusela obmedzovať právna forma poskytovateľa, keďže dnes sú jednoznačne vylúčené podnikateľské subjekty z podpory z verejných zdrojov. Vytvoril by sa priestor na lepšie prepojenie sociálnych služieb (aj legislatívne) so sektorom sociálneho podnikania. Kontrolný mechanizmus zisku by sa zabezpečoval prostredníctvom kontroly nadmernej náhrady v rámci štátnej pomoci.

V súčasnej právnej úprave nie sú pre verejných (zriadených/založených VÚC a obcami) a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb vytvorené rovnaké podmienky pri ich financovaní. Takéto zameranie totiž kladie dôraz na poskytovateľa – jeho právnu formu resp. zriaďovateľa – a nie na samotnú sociálnu službu, jej kvalitu alebo dostupnosť, resp. na vplyv na prijímateľa tejto sociálnej služby. Tento stav je potrebné zmeniť. Práve poverovanie na výkon SVHZ umožní financovať sociálnu službu poskytovanú všetkými poskytovateľmi zapísanými do registra sociálnych služieb bez ohľadu na ich zriaďovateľa na rovnakom princípe a nerozlišovať medzi verejným a neverejným poskytovateľom.

6.6 SOCIÁLNE SLUŽBY NA KOMUNITNEJ ÚROVNI

Zavedenie nového druhu sociálnej služby **sprostredkovanie sociálnej služby a pomoci** má prispieť k zvýšeniu informovanosti a prepájaniu služieb na komunitnej úrovni. Túto sociálnu službu bude možné poskytovať ambulantnou, terénnou a IKT formou poskytovateľom zapísaným do registra sociálnych služieb (bez ohľadu na typ zriaďovateľa). Navrhuje sa, aby kompetenciu pri zabezpečovaní a financovaní tejto sociálnej služby mali obce a aj v nadväznosti na pozitívne skúsenosti z realizovaných projektov sa javí ako vhodná cesta zabezpečovania tejto sociálnej služby prostredníctvom združení obcí, prípadne obcí aj s inými právnickými osobami. Pri nastavovaní tejto novej služby bude potrebné dosiahnuť konsenzus pri jej začlenení do systému sociálnych služieb aj obsahu. V legislatívnej úprave tohto nového druhu sociálnej služby bude potrebné definovať konkrétne činnosti, ktoré sa budú v rámci nej poskytovať, ako aj kvalifikačné predpoklady na jej poskytovanie.

V súčasnosti je takmer 70 000 poberateľov peňažného príspevku na opatrovanie v systéme kompenzácií ťažkého zdravotného postihnutia, ktorí majú možnosť využívať **odľahčovaciu službu** v systéme sociálnych služieb. V súčasnosti však túto formu podpory využíva ročne približne len 180 z nich. Tento nízky počet môže súvisieť tak s nedostupnosťou sociálnych služieb, s jej aktuálnou legislatívnou úpravou a podmienkami, s povinnosťou platiť úhradu za takto poskytnutú sociálnu službu ako aj s nedostatočnou informovanosťou neformálnych opatrovateľov, resp. s ich nezájmom o poskytovanie odľahčovacej služby.

Zámerom viazania časti príspevku na pomoc pri odkázanosti na zabezpečenie formálnej starostlivosti je podpora neformálnych opatrovateľov a vytvorenie predpokladu na zvýšenie dopytu po sociálnych službách na komunitnej úrovni.

V súčasnosti je pre poskytovateľa mať vyhradenú voľnú kapacitu v zariadení na odľahčovaciu službu neudržateľné - táto kapacita sa riadne započítava do nastavenia personálneho normatívu, a to bez

ohľadu na reálnu obsadenosť a súčasne za neobsadené miesta je poskytovateľ povinný vrátiť finančné príspevky z verejných zdrojov. Nové legislatívne nastavenie bude musieť túto sociálnu službu redefinovať a zdefinovať priaznivé podmienky pre jej prijímateľov ako aj poskytovateľov. Niektoré čiastkové úpravy prinesie nová právna úprava zákona o sociálnych službách už na konci roka 2024⁷¹.

Nový systém financovania bude očakávať od poskytovateľov manažment využívania ich kapacít, ktorý v prípade ambulantných a terénnych foriem bude vyžadovať aj nové prístupy. Preto bude úlohou novej legislatívy definovať také nástroje podpory a motivácie, ktoré im umožnia poskytovať sociálne služby v súlade s individuálnymi potrebami ich klientov, ale zároveň plánovane a s predvídateľnými zdrojmi tak, aby nebola ohrozená ich udržateľnosť.

Podpora zotrvávania v domácom prostredí bude zvýšená aj tým, že na financovanie sociálnej služby **monitorovania a signalizácie potreby** bude možné využiť aj viazanú časť príspevku na pomoc pri odkázanosti.

Samostatnou kapitolou je zavádzanie prístupných inovatívnych technologických, elektronických a digitálnych riešení pri poskytovaní služieb starostlivosti, zvyšovanie digitálnych zručností formálnych a neformálnych opatrovateľov, aby sa okrem iného podporila samostatnosť a nezávislý život odkázaných osôb. Elektronizácia a digitalizácia sociálnych služieb, zjednoduší zber dát, ich analýzu, vyhodnocovanie starostlivosti, vedenie dokumentácie, výmenu informácií medzi rodinou a poskytovateľom, umožní plánovať a monitorovať starostlivosť a zefektívni prípadnú zmenu neformálneho opatrovateľa odkázanej osoby.

6.7 SWOT ANALÝZA NAVRHOVANEJ REFORMY

V rámci navrhovaných reformných úprav a opatrení (najmä zavedenie príspevku na pomoc pri odkázanosti, paušálneho príspevku zo samosprávy, úpravy úhrady zo zdrojov zdravotného poistenia) boli identifikované ich silné a slabé stránky popísané v tabuľke nižšie, ale aj príležitosti, ktoré ich realizácia môže priniesť a ohrozenia, ktoré môžu obmedziť alebo znemožniť ich realizáciu.

Silné stránky	Slabé stránky
<ul style="list-style-type: none"> • Existujúci vybudovaný systém (štruktúra) sociálnych služieb • Existujúce viaczdrojové financovanie sociálnych služieb • Pravidelná valorizácia jednotlivých vybraných zdrojov financovania • Príspevok na pomoc pri odkázanosti (PPO) zo štátneho rozpočtu bude poskytovaný z jedného zdroja (prostredníctvom UPSVAR) čím sa umožní kontrola transparentnosti a efektívnosti vynakladaných zdrojov 	<ul style="list-style-type: none"> • Nedostatočný časový priestor na implementáciu reformy do praxe na strane štátu - potreba legislatívnej úpravy, technického zabezpečenia, osvetvy a prechodného obdobia tak, aby nebolo ohrozené zabezpečenie starostlivosti pre odkázané osoby a ani existencia poskytovateľov sociálnych služieb • Nedostatočná dostupnosť a kapacity sociálnych služieb • Rozdelenie kompetencií medzi obcami a VÚC a zložitost a neprehľadnosť systému sociálnych služieb pre občana

⁷¹ Vládny návrh zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony, PT 408

<https://www.nrsr.sk/web/Default.aspx?sid=zakony/cpt&ZakZborID=13&CisObdobia=9&ID=408>

<ul style="list-style-type: none"> • Definovanie sociálnych služieb ako SVZH ztransparentní používanie výdavkov z verejných zdrojov na poskytovanie sociálnych služieb • Odkázaná osoba bude rozhodovať ako a akým spôsobom jej bude pomoc a podpora poskytovaná • PPO bude poskytovaný odkázanej osobe bez ohľadu na jej príjmové a majetkové pomery • Zvýši sa prístup k formálnej starostlivosti aj pre osoby v nižších stupňoch odkázanosti • Zavedením paušálneho príspevku sa predíde nerovnakému spôsobu výpočtu príspevku samosprávy a zabezpečia sa rovnaké podmienky pre všetkých poskytovateľov v prístupe k verejným zdrojom • Možnosťou zvýšenia paušálneho príspevku zo strany jednotlivých samospráv sa umožní zohľadniť špecifickosť nákladovosti sociálnych služieb v jednotlivých regiónoch alebo podľa ich kapacity, prípadne cieľovej skupiny • Úpravou podmienok poskytovania príspevku z verejného zdravotného poistenia za zabezpečí poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v potrebnom rozsahu každému prijímateľovi, ktorý je na ňu indikovaný a zároveň sa zabezpečia potrebné zdroje na mzdy ošetrovateľského personálu • Možnosť doplnkovej podpory z programov EÚ 	<ul style="list-style-type: none"> • Prepojenosť a nadväzujúca závislosti jednotlivých reformných krokov na sebe, ktorých príprava predpokladá veľkú časovú náročnosť • Potreba dodatočných úprav pre špecifické skupiny odkázaných osôb (pri kombinácii neformálnej a formálnej starostlivosti, pri potrebe bezodkladného poskytovania sociálnej služby) • Nedostatočná elektronizácia systémov a nedostatočné digitálne zručnosti aktérov v sociálnych službách
<p>Príležitosti</p>	<p>Ohrozenia</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Podpora (jedinca, rodiny, komunity) a systematickosť prevencie, zameranie sa na občana/človeka a jeho zmocňovanie • Podpora nezávislosti a sociálneho začlenenia odkázaných fyzických osôb a ich neformálnych opatrovateľov • Rozvoj komunitných služieb – podpora ponuky a dopytu pod sociálnych službách poskytovaných v prirodzenom prostredí • Systémové financovanie SoS aj z finančných prostriedkov zo systému verejného zdravotníctva • Nadrezortná spolupráca a koordinácia • Revízia prerozdelenia výšky podielu dane FO so zohľadnením demografického vývoja • Podpora združovania obcí – municipalizácie • Zjednotenie/štandardizácia vykazovania príjmov a výdavkov (výročné správy...) - Ekonomizácia verejnej správy – podľa kritérií 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementácia novej právnej úpravy do praxe – nepripravenosť štátu, samosprávy, poskytovateľov a verejnosti • Nový integrovaný posudkový systém (pre krátkosť jeho implementácie v praxi pri prijatí do praxe) • Zmena politickej situácie. Prijímanie rozhodnutí nie na základe odborných argumentov, ale politických vplyvov • Nesúhlas samospráv pre zmenu kompetencií v oblasti sociálnych služieb a nedostatok zdrojov v ich rozpočtoch • Nepripravenosť zdravotných poisťovní na zmenu a nedostatok zdrojov vo verejnom zdravotnom poistení • Demografická štruktúra obyvateľstva – s dopadom na dopyt po sociálnych službách, ako aj ich personálne zabezpečenie • Geopolitické členenie SR (veľké množstvo malých obcí neschopných financovať svoje kompetencie, nielen v sociálnych službách)

<p>EÚ/ benchmarking/orientácia na SMART ciele (účelnosť, účinnosť, efektívnosť, hospodárnosť)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finančné prostriedky na podporu rozvoja - Plán obnovy a odolnosti SR, OP Slovensko, ŠFRB na dobudovanie kapacít ZSS a rekonštrukciu existujúcich ZSS • Adresnosť financovania – optimalizácia a komplexnosť všetkých zdrojov (tak prijímateľa ako aj poskytovateľa) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nedostatok zamestnancov v sociálnych službách (chýbajúca príprava a vzdelávanie) a ich nízky sociálny status (neatraktivita) a ohodnotenie
--	--

7. NADVÄZNÉ ZMENY TÝKAJÚCE SA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB PLÁNOVANÉ PO ROKU 2026

7.1 PREVENČIA A MOBILIZÁCIA FORMÁLNYCH A NEFORMÁLNYCH SIETÍ

V súčasnosti je základné sociálne poradenstvo poskytované v rámci činnosti rôznych subjektov – obcí a ich združení, VÚC, úradov práce, sociálnych vecí a rodiny, poskytovateľov sociálnych služieb a iných. V kontexte ich práce nie je sociálne poradenstvo primárnou činnosťou a prípadne sa zameriava či špecializuje na istú cieľovú skupinu. Zverejnené koncepcie rozvoja sociálnych služieb VÚC, ale aj mnohé komunitné plány obcí konštatujú, že informovanosť verejnosti o sociálnych službách je z pohľadu ich obyvateľov nedostatočná.

Pri následnej zmene systému sociálnych služieb bude potrebné posilniť pilier preventívnych aktivít a dostupného sociálneho poradenstva, ktoré dokáže človeku/rodine poradiť v situácií, keď sa ocitne, resp. hrozí, že sa ocitne v nepriaznivej sociálnej situácií. V neposlednom rade pri podpore rôznych cieľových skupín bude potrebné posilniť koordináciu a sieťovanie podpory, aj s prepojením na iné typy poradenstva – napr. peer, právneho, finančného alebo dlhového.

Už v súčasnosti existujú modely, kde sa občanom podáva komplexné poradenstvo a informácie, poskytuje sa podpora pri koordinácii s inými úradmi, vybavovaní návštev špecialistov, prepájanie s poskytovateľmi drobných prác v domácnosti, dobrovoľníkmi. V tomto pilieri bude potrebné sa zaoberať aj zavedením podpory tzv. peer poradenstva (alebo laického poradenstva, poradenstvo ľudí so skúsenosťou) a určiť deliacu líniu so základným sociálnym poradenstvom.

Je dôležité, aby človek, ktorému nestačí základné sociálne poradenstvo a krátkodobá podpora pri mobilizácii vlastných zdrojov, mal podporu pri informovanom rozhodnutí pri výbere sociálnej služby alebo inej podpory a prípadnú podporu v procese posudzovania či žiadania o sociálnu službu.

Dôležitým krokom preto bude zavedenie nového druhu sociálnej služby už v rámci prvej etapy reformy do roku 2026 – **spostredkovanie sociálnej služby a podpory**.

Preventívne a poradenské sociálne služby budú nadväzovať a spolupracovať s preventívnymi aktivitami v rámci iných oblastí, ktoré spoločne môžu pomôcť predchádzať vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, alebo mobilizovať vlastné zdroje jednotlivca a jeho okolia:

- prevencia závislosti na starostlivosti - prevencia a rehabilitácia, osвета a zdravoveda,

- prevencia samoty – cez pracovné možnosti (flexibilné formy, viacgeneračné pracoviská, atď.), kultúrno-spoločenský život,
- podpora prístupnosti vo verejných službách napríklad bezbariérové užívanie verejných budov, bezbariérová verejná doprava,
- spolupráca a sieťovanie s patientskymi organizáciami, záujmovými združeniami neformálnych opatrovateľov alebo zástupcov osôb so zdravotným postihnutím a podobne,
- a iné definované napríklad v Národnom programe aktívneho starnutia na roky 2021 – 2030.⁷²

Riešenie v tejto oblasti bude predmetom legislatívnej úpravy týkajúcej sa poradenstva.

7.2 DRUHY SOCIÁLNYCH SLUŽIEB VS. ODBORNÉ ČINNOSTI A FORMY

Súčasná právna úprava definuje druhy sociálnych služieb najmä cez cieľovú skupinu, ktorej sú poskytované. Mnohé z nich sú definovanými odbornými činnosťami totožné, avšak pre špecifickú cieľovú skupinu – napríklad zariadenie pre seniorov vs. rehabilitačné stredisko. V realite sú však aj prijímatelia z iných cieľových skupín v sociálnych službách, ktoré nie sú pre nich určené, napr. seniori v domovoch sociálnych služieb.

Preto sa navrhuje súčasný systém zmeniť a to tak pre sociálne služby podmienené odkázanosťou ako aj pre sociálne služby krízovej intervencie.

- Zníženie počtu druhov sociálnych služieb – zjednodušenie definované najmä formami sociálnych služieb pre rôzne cieľové skupiny.
- Sociálne služby krízovej intervencie definovať odbornými činnosťami (nie názvom druhu sociálnej služby), ktoré sa viažu k naplneniu potrieb záujemcu o sociálnu službu a k jednotlivým nepriaznivým sociálnym situáciám. Pričom nepriaznivá sociálna situácia je ohrozenie fyzickej osoby sociálnym vylúčením alebo obmedzenie jej schopnosti sa spoločensky začleniť a samostatne riešiť svoje problémy.

Pre riešenie jednotlivých nepriaznivých sociálnych situácií budú definované odborné činnosti, ktoré bude poskytovateľ sociálnych služieb povinný prijímateľovi poskytnúť a zároveň bude možnosť pridať si ďalšie odborné činnosti v závislosti od špecifických potrieb prijímateľov.

V ďalšej odbornej diskusii pri tvorbe legislatívnej úpravy bude potrebné aj na základe aplikačnej praxe prehodnotiť relevantnosť niektorých druhov sociálnych služieb z hľadiska ich charakteru a obsahu. Navrhovaný stav pre sociálne služby dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti a na podporu začleňovania osôb so zdravotným postihnutím na základe celoživotného cyklu je rozpracovaný a bol na diskusiu predstavený pracovnej skupine.

Výzvou bude nastavenie takých činností, vzdelávania a kompetencií pracovníkov, ktoré by umožnilo interdisciplinárnu a medzirezortnú spoluprácu (napr. zdravotnícky opatrovateľ) - prepojenie sociálno-zdravotné, sociálnych služieb a služieb zamestnanosti, sociálno-psychologické intervencie a iné.

⁷² MPSVR SR. 2021. Národný program aktívneho starnutia na roky 2021 – 2030 [\[online\]](#).

7.3 OBLASŤ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB KRÍZOVEJ INTERVENČIE

Súčasný zákon o sociálnych službách sociálne služby krízovej intervencie zameriava na rôzne cieľové skupiny. Z dlhodobého hľadiska je však zámerom samostatne riešiť služby pre fyzické osoby a rodiny ohrozené správaním iných fyzických osôb, alebo obeť správania iných fyzických osôb. Cieľom smerovania ďalších sociálnych služieb krízovej intervencie je podpora sociálneho začleňovania osôb a komunít ohrozených chudobou, ich desegregácia, ako aj podpora prevencie a ukončovania bezdomovstva na základe prístupov založených na bývaní ako prvom kroku. V tomto systéme budú mať naďalej svoje miesto aj aktuálne existujúce služby krízového a dočasného ubytovania. Vzhľadom na pestrosť a rôznorodosť cieľových skupín súčasných sociálnych služieb krízovej intervencie mení sa náhľad na tieto sociálne služby a niektoré podporné služby.

Navrhuje sa pripraviť legislatívnu úpravu, ktorou sa budú v oblasti **krízových a podporných sociálnych služieb** novo definovať:

- nepriaznivé sociálne situácie
- formy sociálnych služieb a odborné činnosti
- financovanie krízových a podporných služieb

Potreba zmeny právnej úpravy vychádza z komplexnosti sociálnych služieb krízovej intervencie a toho, že pracovníci v týchto sociálnych službách robia omnoho širšiu prácu ako iba činnosti vymedzené v zákone o sociálnych službách a častokrát presahujú pôsobnosť miestnej a regionálnej samosprávy v rámci riešenia nepriaznivej sociálnej situácie. Pomenovanie tejto komplexnosti a multidisciplinarity služieb krátkodobej, ako aj dlhodobej pomoci, t.j. naviazanie krízových a podporných sociálnych služieb na oblasť zdravia, bývania, zamestnanosti, vzdelávania a pod. je kľúčová. Dôležité je reflektovať špecifickosť služieb krízovej intervencie v rámci štandardov kvality poskytovania týchto sociálnych služieb a opodstatnená je aj otázka prehodnotenia štandardov kvality poskytovanej sociálnej služby. Už v súčasnosti sú napr. sociálne služby krízovej intervencie pre špecifickú cieľovú skupinu obetí domáceho a rodovo podmieneného násillia poskytované v súlade s Minimálnymi štandardami Rady Európy pre poskytovanie špecializovaných služieb ženám ohrozeným násillím a ich deťom.

Zmena právnej úpravy bude pokrývať krízové a podporné sociálne služby pre jednotlivcov, rodiny a skupiny osôb v definovaných nepriaznivých sociálnych situáciách. Kľúčovým sa tak stáva zadefinovanie cieľových skupín prostredníctvom nepriaznivých sociálnych situácií. Vzhľadom na prierezovosť potrieb širokého záberu cieľových skupín sa navrhuje pristupovať ku krízovým a niektorým podporným sociálnym službám cez formu poskytovania, ktorá má na seba naviazané jednotlivé obligatórne činnosti, činnosti podľa skupiny a akreditované činnosti. Zmena právnej úpravy bude riešiť aj financovanie týchto sociálnych služieb. Taktiež bude potrebné vytvoriť priestor na prepojenosť intervencií s inými systémami sociálnej ochrany a aj inými rezortami na úrovni poskytovateľov – napríklad podpora aktívnych opatrení trhu práce, projektová podpora, lepšia integrácia sociálno-zdravotnej starostlivosti, formálne a neformálne vzdelávanie, voľnočasové aktivity, ochrana obetí trestných činov, aktivity podporujúce návrat do spoločnosti osobám vo výkone trestu, tzv. „zelené“ opatrenia a podobne.

Po zmene právnej úpravy o krízových a podporných sociálnych službách z pohľadu existujúcich sociálnych služieb krízovej intervencie sú ešte dve oblasti, kde bude potrebné dospieť k riešeniu a to:

- pri sociálnych službách pre osoby zažívajúce násilie a
- pri legislatívnom ukotvení terénnej sociálnej práce.

S ohľadom na potreby osôb zažívajúcich rodovo podmienené a/alebo domáce násilie, osobitne žien a ich detí, súčasný právny rámec vytvorený zákonom o sociálnych službách neumožňuje komplexne uspokojiť potreby žien zažívajúcich násilie a obetí domáceho násillia pri zabezpečení ich ochrany pred násillím a sociálnym vylúčením. V budúcnosti bude potrebné **zmeniť právnu úpravu**, vrátane úpravy pôsobností, úloh, podmienok výkonu v rámci zúčastnených rezortov spravodlivosti, vnútra, zdravotníctva a práce a úpravy financovania opatrení/sociálnych služieb, ako aj zadefinovať vzájomné prepojenie všetkých dotknutých subjektov.

Terénna sociálna práca realizovaná v rámci podpory z fondov EÚ v súčasnosti nie je súčasťou systému sociálnych služieb. Je však za nutné pokračovať v terénnej forme sociálnej pomoci osobám, ktoré to potrebujú, špecificky napr. marginalizované rómske komunity. Navrhuje sa preto tento typ činnosti vykonávať v rámci registrovanej formy sociálnej služby, v tomto prípade terénnej formy s relevantnými typmi činností. Bude potrebné zadefinovať aj financovanie a to najmä v spolupráci s územnou samosprávou.

Linky krízovej pomoci pre cieľové skupiny sociálnych služieb krízovej intervencie sa budú riešiť v rámci legislatívnej úpravy poradenstva v gescii rezortu práce.

V rámci prípravy tejto Konceptie pripravila pracovná podskupina ku sociálnych službám rozsiahlejší návrh rámca následných zmien v oblasti sociálnych služieb krízovej intervencie, ktorý je predstavený v Prílohe 2. Pripravený pracovný materiál k návrhu následných zmien v oblasti sociálnych služieb krízovej intervencie je vhodným vstupným materiálom k príprave legislatívy upravujúcej sociálne služby krízovej intervencie. Zámerom je, aby pracovná podskupina rozvíjala tento zámer ďalej a súbežne s prípravou právnej úpravy týkajúcej sa sociálnych služieb podmienených odkázanosťou sa vymedzili kompetencie poskytovania, zabezpečovania a aj financovania sociálnych služieb krízovej intervencie.

7.4 OBLASŤ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB NA PODPORU RODINY S DEŤMI

Oblasť sociálnych služieb na podporu rodín s deťmi upravuje pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa, službu na podporu zosúladovania rodinného a pracovného života, zariadenia starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa (tzv. jasle), zariadenia dočasnej starostlivosti o dieťa a službu včasnej intervencie. V súčasnosti sú najviac využívané sociálne služby poskytované v zariadeniach starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa (tzv. jasle) a služba včasnej intervencie.

Z povahy a účelu sociálnych služieb v zákone o sociálnych službách zostane z tejto skupiny sociálnych služieb iba **služba včasnej intervencie** a stane sa tak prirodzenou súčasťou skupiny sociálnych služieb na podporu začleňovania osôb so zdravotným postihnutím na základe celoživotného cyklu.

Na zvyšovanie kvality poskytovania tejto sociálnej služby, ako aj zjednotenie jej poskytovania v rovnakej kvalite naprieč Slovenskom bude slúžiť Metodika poskytovania služby včasnej intervencie. Z aplikačnej praxe vyplýva potreba určenia personálneho normatívu/počtu zamestnancov poskytovateľa služby včasnej intervencie. Navrhuje sa, aby každý poskytovateľ služby včasnej intervencie disponoval najmenej tromi zamestnancami, a to za účelom využitia plného potenciálu tejto sociálnej služby. K

vyššej kvalite poskytovanej sociálnej služby taktiež prispeje navrhovaná akreditácia služby včasnej intervencie Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny.

Efektívne poskytovanie služby včasnej intervencie predpokladá aj spoluprácu s inými subjektami v systéme sociálnych služieb, ako aj mimo tohto systému. Ide napr. o spoluprácu s primárnymi pediatrami, inými špecialistami ako aj centrami poradenstva a prevencie a školskými zariadeniami. Takáto spolupráca a prepojenosť je nevyhnutná pre včasnú identifikáciu problému ako aj komplexnú diagnostiku dieťaťa v systéme, ktorý diagnostiku realizuje (napr. poradenský systém, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti). Prepojenosť služieb v rôznych systémoch je dôležitá aj počas poskytovanej starostlivosti, aby sa predchádzalo tomu, že rodina nedostane niektorú zo služieb, ktoré potrebuje, prípadne duplikovaniu rovnakých typov služieb.

Vo vzťahu k financovaniu služby včasnej intervencie sa navrhuje jej financovanie ponechať na úrovni vyšších územných celkov (VÚC), tak ako v súčasnosti. Príslušné VÚC deklarujú záujem o podporu služby včasnej intervencie, čo je indikované aj každoročným zvyšovaním sumy príspevku na prevádzku na hodinu poskytnutej sociálnej služby. Vzhľadom na účel nového príspevku na pomoc pri odkázanosti a obsah služby včasnej intervencie, tento príspevok by nemal byť využívaný na financovanie tejto sociálnej služby z dôvodu, že účelom príspevku na pomoc pri odkázanosti nie je stimulácia komplexného vývinu dieťaťa alebo špecializované sociálne poradenstvo, ale práve zabezpečenie osobnej starostlivosti a sebaobsluhy, alebo podpory pri sebaobsluhe.

Vzhľadom na charakter tejto sociálnej služby a presahov do rezortov školstva a najmä zdravotníctva je potrebné prehodnotiť možnosti účelného viaczdrojového finančného prepojenia, a to najmä zapojením zdrojov verejného zdravotného poistenia tak, ako je to aj pri iných sociálnych službách (napr. domov sociálnych služieb, kde sa poskytuje ošetrovateľská starostlivosti). Deti so zdravotným znevýhodnením by v maximálnej miere mohli využívať napr. fyzioterapiu ako aj iné terapie, ktoré by boli hradené zo zdrojov verejného zdravotníctva, a to v rámci služby včasnej intervencie. Takéto účinné koordinovanie služieb v rôznych systémoch v prospech dieťaťa predstavuje aj záväzok vyplývajúci z Národnej stratégie rozvoja koordinovaných služieb včasnej intervencie a ranej starostlivosti 2022-2030.

Rodiny s deťmi s dlhodobou nepriaznivým zdravotným stavom sú finančne podporované prostredníctvom rodičovského príspevku, a to až do 6 roku veku dieťaťa. Vzhľadom na realizáciu reformy posudkovej činnosti a možné nástroje na posudzovanie detí od 3 rokov veku v budúcnosti, sa navrhuje prehodnotenie poberania tohto rodičovského príspevku z dôvodu dlhodobou nepriaznivého zdravotného stavu a jeho nahradenie príspevkom na pomoc pri odkázanosti. Rodičia týchto detí budú môcť príspevok na pomoc pri odkázanosti využiť napr. pri zabezpečovaní odľahčovacej služby, alebo iných komunitných sociálnych služieb pre svoje dieťa so zdravotným znevýhodnením, ktoré im môžu pomôcť poskytnúť aj profesionálnu príležitostnú starostlivosť o deti, ktorá je dnes nahrádzaná dobrovoľníckymi aktivitami⁷³.

Vytvorí sa samostatný legislatívny rámec **zameraný na podporu rodín s deťmi** s cieľom poskytnúť podporu rodinám, ktoré zažívajú rôzne životné situácie a poskytujú starostlivosť deťom v ranom veku. Pôjde konkrétne o služby na podporu rodín aj vo vzťahu k podpore zosúladovania rodinného a

⁷³ Napríklad zdieľanie starostlivosti v domácnosti - projekt homesharing - <https://homesharing.cz/>

pracovného života (detské skupiny, opatrovatelia detí), ako aj pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa a starostlivosť poskytovanú v zariadení dočasnej starostlivosti o dieťa.

Rodiny s deťmi budú podporované prostredníctvom špecifického systému služieb, ktorý bude vyňatý zo zákona o sociálnych službách, keďže pri príprave koncepcie reformy financovania sociálnych služieb bolo identifikované, že najmä sociálne služby na podporu zosúladovania rodinného a pracovného života nenapĺňajú povahu, charakter a podstatu sociálnej služby. Tento krok umožní vytvorenie flexibilnejšieho a adresnejšieho systému podpory zameraného na jedinečné potreby rodín s deťmi.

Ďalej sa plánuje zavedenie evidencie detí s cieľom zefektívniť prístup k starostlivosti a zabezpečiť lepšie nastavenie ponúkaných služieb. Táto evidencia umožní poskytovateľom presnejšie identifikovať potreby jednotlivých detí a rodín, čo prispeje k pružnejšiemu prispôbovaniu ponuky starostlivosti. Zároveň pomôže lepšie monitorovať využívanie týchto služieb, čo môže napomôcť k optimalizácii financovania a zvýšeniu kvality poskytovanej starostlivosti, čím sa rodinám uľahčí harmonizácia pracovných povinností so starostlivosťou o deti.

Diskusia o financovaní a kompetenciách jednotlivých služieb na podporu rodín s deťmi bude neoddeliteľnou súčasťou tohto procesu. Vytvorí sa stabilný a predvídateľný finančný mechanizmus, ktorý zabezpečí dlhodobú udržateľnosť a rozvoj týchto služieb vrátane zefektívnenia informačného systému. Zároveň sa bude klásť dôraz na efektívne využívanie zdrojov a transparentnosť v procese financovania. Bude potrebné vykonať analýzu rôznych možností financovania, vrátane verejných zdrojov či európskych fondov.

Tento nový legislatívny rámec umožní lepšie prispôbiť podporu konkrétnym potrebám rodín, zlepšiť kvalitu poskytovaných služieb prostredníctvom jasných štandardov a monitorovania kvality a zároveň zabezpečí optimalizáciu financovania a administratívy. Uvedené zmeny sú nevyhnutné aj v súvislosti s demografickými zmenami, ktoré vyžadujú pružnejšiu reakciu na potreby rodín s deťmi, podporu skoršieho návratu rodičov z rodičovskej dovolenky a zapájania otcov do starostlivosti o deti, zabezpečenie cenovo dostupnej starostlivosti v ranom detstve a v neposlednom rade detailné získavanie dát nevyhnutných na nastavovanie opatrení rodinnej politiky a zlepšovania demografického vývoja na Slovensku. K danému prístupu je SR opätovne podporovaná v rámci napĺňania Barcelonských cieľov, konkrétne zásady č. 11 Európskeho piliera sociálnych práv, Európskej stratégie v oblasti starostlivosti, Oznámenia Komisie Európskeho parlamentu, Rady, Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru a Výboru regiónov: Demografické zmeny v Európe: súbor nástrojov a opatrenia, ako aj Pravidelnej ekonomickej správy OECD: Slovenská republika 2024.

Tieto zmeny sa realizujú aj v nadväznosti na **zámer rezortu školstva**, ktorého cieľom je upraviť možnosť prijímania detí po dovŕšení 2 rokov veku v závislosti od kapacitných možností jednotlivých materských škôl, ako aj transformácia zariadení starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa na detské jasle v systéme výchovy a vzdelávania. Tento proces presunu zariadení starostlivosti o deti do troch rokov dieťaťa do pôsobnosti rezortu školstva zabezpečí, aby sa deťom poskytovala výchova a vzdelávanie jednotne. Potreba zjednotenia systémov je dlhodobo komunikovaná poskytovateľmi starostlivosti, a to aj z dôvodu, že vekovej skupine 2 ročných detí sa poskytuje výchova a vzdelávanie v dvoch systémoch. Na zvýšenie kvality poskytovanej výchovy a vzdelávania bude od 1. septembra 2026 uvedený do praxe Štátny vzdelávací program pre predprimárne vzdelávanie do 6 rokov, ktorý bude môcť byť využívaný všetkými poskytovateľmi starostlivosti, výchovy a vzdelávania detí v ranom veku. Za účelom adresnejšej podpory rodín s deťmi sa prehodnotí systém štátnej sociálnej podpory v záujme

účelného využívania finančných prostriedkov určených na podporu výchovy a výživy nezaopatrených detí.

7.5 OBLASŤ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB S POUŽITÍM TELEKOMUNIKAČNÝCH TECHNOLOGIÍ

V súčasnosti nie je potrebné vyčleňovať špecifickú skupinu sociálnych služieb, ktoré sa realizujú s použitím telekomunikačných technológií (IKT). **Krízová pomoc** poskytovaná cez telefónne linky, chaty, emaily alebo iné IKT sa v súčasnosti považuje len za inú formu, ktorou sa poskytuje sociálne poradenstvo.

Zámerom MPSVR SR je pripraviť systémové riešenie **dištančného poradenstva** prostredníctvom liniek pomoci (v rámci legislatívnej úpravy týkajúcej sa poradenstva). Za týmto účelom bola zriadená pracovná skupina koordinovaná Národným koordinačným strediskom pre riešenie problematiky násilia na deťoch. Ciele činnosti pracovnej skupiny sú rámcované úlohami vyplývajúcimi z Národnej koncepcie ochrany detí v digitálnom priestore v zmysle čl. 13 Dohovoru Rady Európy o ochrane detí pred sexuálnym vykorisťovaním a sexuálnym zneužívaním (Lanzarotský dohovor), ako aj z Dohovoru o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien (CEDAW), Celoštátnej stratégie rovnosti mužov a žien a rovnosti príležitostí v Slovenskej republike na roky 2021 - 2027 (strategickej oblasti Dôstojnosť a telesná integrita) a so súvisiacim Akčným plánom rovnosti žien a mužov a rovnosti príležitostí na roky 2021 - 2027 a Národným akčným plánom pre prevenciu a elimináciu násilia na ženách na roky 2022 - 2027. Zámerom je, aby sa vytvoril samostatný proces registrácie týchto liniek, kde sa zdefinujú aj štandardy služby mimo systém sociálnych služieb, ktoré by poskytovateľ musel plniť, aby získal finančnú podporu z verejných zdrojov. Táto úprava má byť súčasťou legislatívnej úpravy týkajúcej sa poradenstva.

Súčasná sociálna služba **monitorovanie a signalizácia potreby pomoci** je považovaná za podpornú sociálnu službu a ako jeden z významných nástrojov na podporu zotrvania v domácom prostredí, ktorú je potrebné výraznejšie podporiť, nakoľko aktuálne patrí medzi sociálne služby, ktoré sú územnou samosprávou financované len fakultatívne a jej poskytovanie z tohto dôvodu nie je dostatočne rozšírené. Preto je potrebné zakotviť zákonom obligatórnu pôsobnosť pri jej spolufinancovaní. Zároveň sa umožní jej financovanie z príspevku na pomoc pri odkázanosti.

7.6 OBLASŤ PODPORNÝCH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Súčasný stav kompetencií aj financovania (prevažne fakultatívneho) podporných sociálnych služieb v praxi ukazuje fakt, že ak nie sú sociálne služby obligatórne financované, nemusia byť registrovanými sociálnymi službami. Niektoré podporné sociálne služby (napríklad jedálne alebo denné centrá) je vhodné zo systému vypustiť aj na základe analýzy SVHZ.

Sociálna služba podpora samostatného bývania je všeobecne akceptovaná ako obligatórne financovaná VÚC.

7.7 OBLASŤ SAMOSTATNE VYKONÁVANÝCH ODBORNÝCH ČINNOSTÍ (ŠPECIALIZOVANÉHO SOCIÁLNEHO PORADENSTVA A SOCIÁLNEJ REHABILITÁCIE)

Súčasný stav kompetencií aj financovania samostatne vykonávaných - odborných činností špecializovaného sociálneho poradenstva a sociálnej rehabilitácie je všeobecne akceptovaný a ostane zachovaný.

V kontexte širšieho rámca reformy je dôležité podporiť základné sociálne poradenstvo a tzv. peer poradenstvo, ale aj komunitnú rehabilitáciu. Nastavenie financovania pre túto oblasť sa bude komplexnejšie upravovať v rámci legislatívnej úpravy týkajúcej sa poradenstva.

V prospech podpory peer poradenstva hovorí fakt nedostatku expertov a špecialistov. Využitie potenciálu ľudí so zažitou skúsenosťou v prípade, ak im bude poskytnutá náležitá podpora a miesto v štruktúre pomoci, môže efektívnym spôsobom podporiť sieť aktuálne poskytovanej podpory konkrétnym cieľovým skupinám. Skúsenosti v tejto oblasti majú napríklad organizácie pôsobiace v oblasti duševného zdravia, aj v oblasti podpory rodín s deťmi so zdravotným postihnutím.

7.8 ZAVEDENIE NOVÝCH NÁSTROJOV NA FINANCOVANIE DLHODOBEJ STAROSTLIVOSTI

Európska komisia vo svojom aktuálnom návrhu na súbor opatrení⁷⁴ v súvislosti s demografickými zmenami upozorňuje na potrebu zvýšiť dopyt po finančnom plánovaní životného cyklu jednotlivca, napríklad zvýšením účasti na doplnkových zamestnaneckých a osobných dôchodkových plánoch.

V roku 2019 bola pre MPSVR SR vypracovaná analýza Možnosť zavedenia poistenia v odkázanosti na pomoc inej osoby – analytické východiská⁷⁵. Na základe vykonaných analytických prác a opakovaných diskusií sa expertná pracovná skupina nepriklonila k zavedeniu poistenia v odkázanosti na pomoc inej osoby, najmä z dôvodu podstaty systému sociálneho poistenia založeného predovšetkým na princípe zásluhovosti, ktorý by v prípade tohto poistenia nemohol byť primárne uplatnený.

V rámci posilnenia financovania ako aj v súlade s princípom spoluzodpovednosti a solidarity bude potrebné preskúmať možnosti zavedenia ďalších systémových nástrojov, vrátane prehodnotenia zavedenia poistenia v odkázanosti. V strednodobom horizonte bude potrebné túto diskusiu otvoriť a jednotlivé zvažované návrhy opatrení posúdiť z hľadiska fiškálnych, sociálnych a podnikateľských vplyvov.

Okrem toho bude možné hovoriť aj o doplnkových dobrovoľných nástrojoch v rámci posilňovania osobnej zodpovednosti obyvateľov alebo zamestnávateľov. Napríklad cez:

- komerčné produkty pripoistenia,
- spoločenská zodpovednosť podnikov (CSR) – podpora rodinných opatrovateľov, asignácie istého percenta zo zaplatenej dane z príjmov právnických osôb a podobne.
- Nastavenie prepojenia so službami zamestnanosti a to nielen vo vzťahu k prijímateľom sociálnych služieb, ale aj zamestnancom (napr. mentorované zapracovanie, bonusy pre zamestnancov pomáhajúcich profesií atď.)

⁷⁴ Európska komisia. 2023. Demografické zmeny v Európe: súbor nástrojov pre opatrenia [online].

⁷⁵ Inštitút pre výskum práce a rodiny. 2019. Možnosť zavedenia poistenia v odkázanosti na pomoc inej osoby – analytické východiská [online].

- Nastavenie spolupráce so sociálnymi podnikmi – napríklad využitie potenciálu na prepájanie opatrovateľskej služby a drobných domácich prác (Personal and Household Services), využitie potenciálu poukážok na prepravnú službu, pracovňu a podobne

7.9 NÁSTROJE NA ROZVOJ A STABILIZÁCIU ĽUDSKÝCH ZDROJOV

Nedostatok pracovných síl v sektore sociálnych služieb má priamy vplyv na udržateľnosť sociálnych služieb a na zabezpečenie sociálnej služby pre jej prijímateľov v požadovanom rozsahu a kvalite, a to nielen pri poskytovaní odborných činností, ale aj obslužných a ďalších činností poskytovaných v rámci sociálnej služby. Vhodné nástroje na stabilizáciu zamestnancov sociálnych službách hľadajú aj iné členské štáty. Slovensko má skúsenosť s tzv. stabilizačným príspevkom⁷⁶. Jeho účelom bolo predísť, resp. zmierniť fluktuáciu zamestnancov (zdravotníckych pracovníkov, opatrovateľov a ďalších odborných zamestnancov zariadení sociálnych služieb podmienených odkázanosťou, opatrovateľov domácej opatrovateľskej služby) a podporiť ich zotrvanie v pracovnom pomere u doterajšieho zamestnávateľa najmenej tri roky. Stabilizačný príspevok bol v roku 2023 vyplatený pre 16 724 zamestnancov sociálnych služieb v sume 45,4 mil. eur, z toho k 31.8.2024 bol vrátený v sume takmer 2,3 mil. eur za približne 1 300 zamestnancov.

V rámci realizácie aktívnych opatrení na trhu práce Slovensko, aj s podporou európskych programov, vytvorilo viacero podporných nástrojov, ktoré boli využívané aj poskytovateľmi sociálnych služieb - prax pre mladých, mentorované zapracovanie, vzdelávanie zamestnancov a podobne. Je potrebné prehodnotiť, či s ohľadom na zhoršujúcu sa prognózu týkajúcu sa ľudských zdrojov v sociálnych službách, sú tieto všeobecne nastavené nástroje dostatočné a efektívne.

Od 1.1.2025 nadobudne účinnosť zákon o vzdelávaní dospelých a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorý zavádza inštitút individuálneho vzdelávacieho účtu, prostredníctvom ktorého štát alebo zamestnávateľ bude uhrádzať za podmienok ustanovených týmto zákonom náklady súvisiace so vzdelávaním. Cieľom individuálnych vzdelávacích účtov je umožniť väčšiemu počtu dospelých v produktívnom veku zapojiť sa do vzdelávania a odbornej prípravy, aby sa zvýšila miera účasti na vzdelávaní a znížil nedostatok zručností bez ohľadu na postavenie na trhu práce alebo zamestnanie. Bude potrebné nastaviť prostredie sociálnych služieb tak, aby zamestnanci mohli využívať túto systémovú zmenu vo vzdelávaní dospelých. Je totiž nesporné, že pre zvyšovanie kvality poskytovaných sociálnych služieb je potrebné sústavné vzdelávanie zamestnancov resp. nábor nových zamestnancov, ktorí sú buď dostatočne kvalifikovaní, alebo budú existovať nástroje na ich vzdelávanie u zamestnávateľa. Je zámerom rezortu prehodnotiť nastavenie kvalifikačných predpokladov zamestnancov v sociálnych službách ako aj obsahu požadovaných akreditovaných vzdelávaní. A to jednak v spolupráci s MZ SR ako aj poskytovateľmi sociálnych služieb.

Niektorí poskytovatelia alebo ich zriaďovatelia (napr. obce alebo VÚC), ponúkajú svojim zamestnancom rôzne benefity – od stravovania zadarmo, cez wellness poukazy až po výhodné

⁷⁶ Dňa 31. decembra 2022 nadobudlo účinnosť nariadenie vlády SR č. 524/2022 Z. z., ktorým sa dopĺňa nariadenie vlády SR č. 131/2022 Z. z. o niektorých opatreniach v oblasti dotácií v pôsobnosti Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky v čase mimoriadnej situácie, núdzového stavu alebo výnimočného stavu vyhláseného v súvislosti s hromadným prílevom cudzincov na územie Slovenskej republiky spôsobeným ozbrojeným konfliktom na území Ukrajiny v znení neskorších predpisov (ďalej len „nariadenie“).

nájomné bývanie. Považujeme za dôležité otvoriť diskusiu so zainteresovanými aktérmi o rôznych nástrojoch, ktoré napomôžu stabilizácii ľudských zdrojov v sociálnych službách.

Vzhľadom na to, že odborní zamestnanci v sociálnych službách dosahujú dlhodobo v priemere nižšie mzdy ako je priemer v národnom hospodárstve, s dopadom na nezáujem o prácu v tomto sektore ako aj vysokú fluktuáciu, bude potrebné sa venovať osobitne téme zvýšenia miezd v sektore sociálnych služieb a téme možností nielen finančných benefitov, ktoré do systému pomáhajúcich profesií prilákajú mladú a strednú generáciu a budú stabilizovať súčasné ľudské zdroje v sociálnych službách.

V neposlednom rade bude nevyhnutné zaoberať sa aj podporou fyzického a duševného zdravia pomáhajúcich profesií v sociálnych službách, ale i neformálnych opatrovateľov.

Významnou témou bude vytvorenie takých podmienok, ktoré by zatriktívili návrat občanov Slovenska pracujúcich v pomáhajúcich profesiách v iných štátoch Európy ako aj riadený nábor pracovníkov z tretích krajín, ktoré si SR musí politicky zadefinovať; jedným z nástrojov, ako toto opatrenie zabezpečiť, sú medzirezortné medzinárodné zmluvy o spolupráci s tretími krajinami.

Rozpracovanie týchto tém (ktorých súčasťou budú aj oblasti ako napr. téma postupného zvyšovania platov, motivácie, resp. motivačných bonusov zamestnancov, ich pracovných podmienok alebo vzdelávania, ale aj oblasť riešenia otázok zdravotníckeho personálu v sociálnych službách) bude súčasťou strešnej stratégie rozvoja sociálnych služieb, ktorú má MPSVR SR za úlohu pripraviť v nasledujúcich rokoch.

E. PLÁN IMPLEMENTÁCIE REFORMY FINANCOVANIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

8. SPÔSOB IMPLEMENTÁCIE REFORMY A SCHVÁLENIA

Príprava Konceptcie sa realizovala v rámci **pracovnej skupiny pre prípravu reformy financovania sociálnych služieb**, ktorá bola dňa 27. septembra 2022 zriadená ministrom práce, sociálnych vecí a rodiny SR na účely zabezpečenia napĺňania cieľov definovaných Plánom obnovy a odolnosti SR, ktorý zahŕňa aj Reformu integrácie a financovania dlhodobej sociálnej a zdravotnej starostlivosti vychádzajúcu zo schválenej Konceptcie reformy financovania sociálnych služieb. Pracovná skupina má 26 členov z toho 13 sú zástupcovia miestnej a regionálnej samosprávy, organizácií združujúcich poskytovateľov sociálnych služieb, zastupujúcich osoby so zdravotným postihnutím a seniorov, stavovských a profesijných organizácií a odbornej verejnosti. V rámci svojej činnosti sa uskutočnilo 7 riadnych zasadnutí pracovnej skupiny a viac ako 11 online pracovných konzultácií na čiastkové témy. Okrem toho sa realizovali 2 dotazníkové prieskumy. Zámery reformy boli verejne prezentované na viac ako 10 konferenciách alebo odborných podujatiach.

Predloženie Konceptcie na verejnú diskusiu je **CID míľnik č. 125 v rámci Plánu obnovy a odolnosti SR**. Širšia diskusia v rámci pracovnej skupiny a širšej verejnosti prebehla už v decembri 2023. Práce na Konceptcii pokračovali po zapracovaní pripomienok ďalej a po finálnom spracovaní bude materiál predložený do medzirezortného pripomienkového konania. Následné schválenie vládou SR je dôležitým krokom pre nastavenie štruktúry na tvorbu novej legislatívy v roku 2025 a tým aj naplnenie ďalšieho **CID míľnika č. 126, ktorým** je nadobudnutie účinnosti novej legislatívy (nový systém založený na princípoch osobného rozpočtu/príspevku na pomoc pri odkázanosti) do konca roka 2025.

9. PLÁN REALIZÁCIE AKTIVÍT A ČASOVÝ HARMONOGRAM

Pre potreby komplexného prístupu k oblasti sociálnych služieb je realizácia reformy rozdelená do dvoch fáz:

- Fáza 1 do roku 2026
- Fáza 2 po roku 2026

Obsahom fázy 1 do roku 2026, ktorá je nosnou časťou Konceptcie, je reforma financovania sociálnych služieb podmienených odkázanosťou a vychádza z Plánu obnovy a odolnosti pre Komponent 13. Časový plán fázy 1 je podľa harmonogramu monitorovacích krokov pre Reformu 1 – Reforma integrácie a financovania dlhodobej sociálnej a zdravotnej starostlivosti a Plánu práce vlády SR nasledovný:

1. Príprava Konceptcie (monitorovací krok)
 - Pracovná verzia predložená NIKA
 - Termín Q3 2023 (splnené)
2. Finalizácia návrhu Konceptcie (monitorovací krok)
 - Návrh Konceptcie schválený na ministerstve na účel predloženia na verejnú diskusiu
 - Termín Q4 2023 (splnené)

3. Predloženie Konceptie na verejnú diskusiu (CID míľnik č. 125)

- V nadväznosti na prvú fázu prípravy reformy financovania sociálnych služieb sa Konceptia predloží na konzultáciu so zainteresovanými stranami.
- Uverejnená Konceptia na webe ministerstva
- Termín Q4 2023 (splnené, zverejnenie po MPK v decembri 2024)

4. Predloženie Konceptie na rokovanie vlády SR

- Termín Q4 2024

5. Nový systém financovania sociálnych služieb – schválenie vládou (monitorovací krok)

- Schválenie legislatívneho návrhu vládou SR
- Termín Q3 2025

6. Nový systém financovania sociálnych služieb – schválenie Národnou radou SR (monitorovací krok)

- Schválenie Národnou radou SR
- Termín Q4 2025
- táto zmena bude zahŕňať nový zákon o príspevku na pomoc pri odkázanosti a aj úpravu zákona č. 448/2008 o sociálnych službách a zákona č. 447/2008 o kompenzáciách ŤZP

7. Nový systém financovania sociálnych služieb – zavedenie osobného rozpočtu (CID míľnik č. 126)

- Nadobudnutie účinnosti zákona, ktorým sa zavedie nový systém financovania sociálnych služieb podmienených odkázanosťou založený na osobnom rozpočte. Reformou sa zrušia viaceré príspevky a vytvorí priestor na cielenú a komplexnú podporu pre ľudí, ktorí potrebujú dlhodobú starostlivosť. Reforma financovania podporí vznik a rozvoj komunitných služieb. Legislatívne úpravy budú regulovať oblasti, ktoré sú v súčasnosti vymedzené najmä zákonom č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a zákonom č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia, prípadne iných súvisiacich právnych predpisov (napr. zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov).
- Termín Q4 2025

V záujme odstránenia závažných problémov vo financovaní sociálnych služieb krízovej intervencie, ktoré identifikuje report práce v spolupráci s pracovnou skupinou, budú súčasťou vyššie uvedeného návrhu novely zákona o sociálnych službách v roku 2025 a to s ohľadom na fakt, že prijatie zásadnej zmeny právnej úpravy v oblasti krízových a podporných sociálnych služieb je plánované na rok 2027/28.

Počas roku 2025 a najmä v roku 2026 sa nielen v rámci bežnej komunikácie rezortu práce, ale aj cez aktivity realizované v rámci viacerých národných projektov v gescii MPSVR SR pripraví informačná kampaň o zmenách súvisiacich s reformou financovania sociálnych služieb, ktorá podporí úspešný nábeh pri zmene spôsobu financovania sociálnych služieb.

Obsahom fázy 2 sú nadväzné zmeny, ktoré prvá fáza vyvolá a riešenie tých skupín sociálnych služieb, ktoré neboli do fázy 1 zahrnuté. Časový plán fázy 2 realizácie reformy financovania sociálnych služieb bude nadväzovať na prvú a bude si vyžadovať intenzívnu medzirezortnú spoluprácu. Nasledovné aktivity sú rámcované Národnými prioritami rozvoja sociálnych služieb na roky 2021-2030, ale aj potrebnými legislatívnymi úpravami v gescii rôznych rezortov.

V gescii MPSVR SR

- **Strategický rámec rozvoja sociálnych služieb do roku 2040 v Slovenskej republike**
 - vedecko-výskumná spolupráca a príprava dokumentu – 2025 až 2027
 - schválenie strategického rámca - 2027
- **právna úprava zameraná na podporu rodín s deťmi**
 - zosúladovanie pracovného a rodinného života, podpora rodín v rôznych situáciách, opatrovatelia detí , osobná starostlivosť o dieťa a pod.
 - určenie deliacej línie medzi vyplácaním rodičovského príspevku do šiestich rokov veku dieťaťa, ktoré má dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav a príspevku na pomoc pri odkázanosti – po zavedení PPO, po roku 2026 – v rámci zákona o štátnych sociálnych dávkach
- **zmena právnej úpravy v oblasti krízových a podporných sociálnych služieb**
 - príprava legislatívneho zámeru – 2026
 - schválenie novej legislatívy – 2027/28
- **zmena právnej úpravy týkajúca sa poradenstva**
 - príprava legislatívneho zámeru – 2026
 - schválenie novej legislatívy – 2027

V spolupráci s MS SR, MV SR a MZ SR

- **legislatívna úprava pre špecifické podporné služby pre osoby zažívajúce násilie a ich deti**
 - príprava legislatívneho zámeru - 2025
 - schválenie novej legislatívy – 2026/27

V gescii MZ SR

- komplexný legislatívny balík s cieľom prepájania sociálno-zdravotnej starostlivosti a jej financovania a to tak v zariadeniach zdravotnej starostlivosti ako aj zariadeniach sociálnej starostlivosti – časť do roka 2026, časť vo fáze 2

V gescii MŠVVV SR

- legislatívny zámer rezortu školstva týkajúci sa posunu vekovej hranice na prijatie do materskej školy z troch rokov na dva roky – v roku 2025
- transformácia zariadení starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa / detské jasle, ako ďalšieho výchovno-vzdelávacieho zariadenia - najneskôr do roku 2030
- vypracovanie Štátneho vzdelávacieho programu pre predprimárne vzdelávanie pre deti do 6 rokov - v roku 2025

V gescii MS SR

- Nastavenie podporovaného rozhodovania v rámci úpravy Občianskeho zákonníka – v roku 2025

V gescii MV SR

- reforma verejnej správy

10. ROZPOČET A ZDROJE FINANCOVANIA

Nosnou aktivitou v rokoch 2023 a 2024 bola a je príprava Konceptie, ktorá je definovaná v Pláne obnovy a odolnosti SR a v súlade s Plánom práce vlády. Konceptia je ideový základ reformy a nevyhnutnosťou bolo vypracovanie detailnej analytickej časti a zdefinovanie základných prvkov reformy. Bez schválenia Konceptie vládou SR nie je možné rozpracovať rozpočet zmien vo financovaní sociálnych služieb v celej šírke.

Novým systémovým prvkom, ktorý má byť zavedený, je príspevok na pomoc pri odkázanosti. V nasledujúcej časti sa uvádza odhad vplyvov na štátny rozpočet ako aj odhad vplyvov na rozpočty samospráv. Vplyv na financovanie ošetrovateľskej starostlivosti bez spresnenia výšky viacúrovňových paušálov, ako je navrhnuté v časti 6.3, zatiaľ nie je možné odhadnúť. Konceptia ako nelegislatívny materiál sama o sebe nezakladá žiadne vplyvy na verejné rozpočty. Nastavuje smerovanie v tejto oblasti a odhaduje predpokladané vplyvy, konkrétne vplyvy budú až predmetom doložky vplyvov na rozpočet verejnej správy ku konkrétnemu návrhu zákona, ktorého bude táto konceptia podkladom.

1.10 PREDPOKLADANÉ VPLYVY PEŇAŽNÉHO PRÍSPEVKU NA POMOC PRI ODKÁZANOSTI (PPO) POSKYTOVANÉHO ODKÁZANEJ OSOBE ZO ŠTÁTNEHO ROZPOČTU V ROKU 2026

POČET POBERATEĽOV PPO

Údaje o počte možných poberateľov príspevku sú kvantifikované Inštitútom sociálnej politiky MPSVR SR vychádzajúc zo štatistických údajov za roky 2022 a 2023 (v jednotlivých mesiacoch) s predikciou na rok 2026. Do počtu boli zaradené odkázané osoby na Slovensku ako „jedinečné osoby“, t. j. zaradené len raz aj v prípade, že sú vedené vo viacerých evidenciách, pričom ide o kategórie osôb:

A. Už v súčasnosti poberajúcich nejakú formu pomoci pri odkázanosti

- Prijímatelia sociálnych služieb (SoS) evidovaní poskytovateľmi sociálnych služieb v IS SoS, zaradení do jednotlivých stupňov odkázanosti (prijímatelia v stupni I. boli započítaní do stupňa II. a nezaradení/bezodkladní prijímatelia boli započítaní do stupňa VI.) Prijímateľ bol započítaný iba vtedy, ak v danom mesiaci alebo roku bola prijímaná sociálna služba reálne poskytovaná a v prípade prijímania viacerých služieb bol započítaný len raz. Zároveň bol zohľadnený počet prijímateľov, ktorí počas sledovaného mesiaca zomreli.
- Osoby opatrované v rámci príspevku na opatrovanie (PPnO) v systéme kompenzácií (ŠR-UPSVAR) evidované v IS RSD MIS podľa stupňa ich odkázanosti (opatrovaní v stupňoch I až IV a neuvedení boli započítaní do stupňa V). Opatrovaný bol započítaný iba vtedy, ak v danom mesiaci alebo roku nebol prijímateľom SoS podmienenej odkázanosťou (vrátane odľahčovacej služby) alebo žiadateľom o takúto službu a nebol evidovaný ako prijímateľ sociálnej služby alebo žiadateľ o jej poskytovanie v čase poskytovania príspevku na opatrovanie.

B. Potenciálni poberatelia príspevku v budúcnosti

- Neuspokojení žiadatelia o poskytovanie sociálnej služby evidovaní poskytovateľmi sociálnych služieb v IS SoS zaradení do jednotlivých stupňov odkázanosti (nezaradení/bezodkladní žiadatelia boli započítaní do stupňa VI.). Neuspokojení žiadatelia sú takí, ktorých žiadosti neboli vybavené, (žiadosti vybavené uzatvorením zmluvy, stiahnutím žiadosti, úmrtím žiadateľa, zamietnutím žiadosti a výmazom služby z registra neboli zohľadnené). Žiadateľ bol v prípade viacerých

evidovaných žiadostí započítaný len raz. Žiadatelia, ktorí sú zároveň prijímateľom inej sociálnej služby podmienenej odkázanosťou neboli zaradení.

- Ďalšie osoby s ŤZP posúdené v stupni odkázanosti v systéme kompenzácií, evidované v IS RSD MIS podľa stupňa ich odkázanosti (opatrovaní v stupňoch I. až IV. a neuvedení boli započítaní do stupňa V.) Osoba s ŤZP bola započítaná iba vtedy, ak v danom mesiaci alebo roku nebola prijímateľom SoS podmienenej odkázanosťou, žiadateľom o takúto službu, opatrovanou v rámci príspevku na opatrovanie alebo poberateľom osobnej asistencie.

Pokiaľ ide o osoby opatrované v rámci príspevku na opatrovanie, súčasné legislatívne podmienky umožňujú súbežne s neformálnym opatrovaním poberať aj ambulatnú sociálnu službu. Počet takýchto osôb bol 2 448 k septembru 2024 z toho 15 % detí do veku 18 rokov. 1 542 osobám sa pritom poskytuje ambulatná služba v rozsahu viac ako 4 hodiny denne.

Na základe kvantifikovaných údajov z jednotlivých mesiacov rokov 2022 a 2023 bude na základe predikcie (lineárnou regresiou) **v roku 2026** počet možných poberateľov PPO nasledovný:

Kategória poberateľov PPO	Počet poberateľov v delení podľa stupňa odkázanosti*					
	I.	II.	III.	IV.	V.	Spolu
Prijímatelia SoS	1 430	3 000	9 660	10 780	39 420	64 290
Opatrovaní cez PPnO				40 780	37 530	78 310
Žiadatelia o SoS	100	155	2 500	1 630	4 930	9 315
Ďalšie osoby s ŤZP			4 130	2 210	2 630	8 970
SPOLU	1 530	3 155	16 290	55 400	84 510	160 885

* Stupne odkázanosti po zohľadnení ich členenia podľa pripravovanej reformy posudkovej činnosti

** Z celkového počtu predpokladaných poberateľov príspevku ide o 95 % osôb (142 600), ktoré už v systéme SoS alebo PPnO sú, resp. budú po zohľadnení ich nárastu, t.j. bude im príspevok prináležať automaticky. 11 % (11 285) sú potenciálni poberatelia PPO, ktorí v súčasnosti žiadnu pomoc nepoberajú a po zavedení PPO môžu do systému vstúpiť.

VÝŠKA PRÍSPEVKU NA POMOC PRI ODKÁZANOSTI

Pri určení predpokladanej výšky príspevku na pomoc pri odkázanosti pre najvyšší V. stupeň odkázanosti sa vychádzalo z priemerných celkových mzdových nákladov za rok 2023 vybraných pobytových zariadení podmienených odkázanosťou (domov sociálnych služieb, špecializované zariadenie, zariadenie opatrovateľských služieb, zariadenie pre seniorov), z dôvodu ich najvyššej nákladovosti, ktoré predstavujú sumu na mesiac priemerne 1 470 eur. Výška príspevku na pomoc pri odkázanosti v najvyššom V. stupni odkázanosti zodpovedá približne 60 % celkových mzdových nákladov (čo zodpovedá mzdovým nákladom na odborných zamestnancov). Táto suma bola následne zvýšená o medziročnú infláciu na základe makroekonomickej prognózy MF SR⁷⁷.

Na základe uvedeného bol návrh sumy príspevku na pomoc pri odkázanosti stanovený pre najvyšší V. stupeň odkázanosti vo výške 1 000 eur. Pri určení výšky príspevku v ostatných stupňoch odkázanosti (I

⁷⁷ Pri nastavení výšky príspevku na pomoc pri odkázanosti pri jeho legislatívnej úprave bude potrebné jeho výšku verifikovať v zmysle v tom čase dostupných štatistických údajov a makroekonomických prognóz.

až IV) bol pri percentuálnom znížení sumy príspevku zohľadnený priemerný rozsah odkázanosti v jednotlivých stupňoch odkázanosti v hodinách.

Suma príspevku v jednotlivých stupňoch sa bude poskytovať odkázanej osobe v rovnakej výške bez ohľadu na to, či ho využije na formálnu alebo neformálnu starostlivosť. V prípade neformálnej starostlivosti však bude určená pevná časť, ktorú bude môcť odkázaná osoba využiť na neformálnu starostlivosť, zostávajúcu sumu bude môcť využiť na spolufinancovanie úhrady za formálnu starostlivosť (za účelom ďalšej podpory a sociálneho začlenenia odkázanej osoby, ako aj odľahčenia neformálneho opatrovateľa).

Stupeň a rozsah odkázanosti (podľa návrhu zákona o integrovanej posudkovej činnosti)	Navrhovaná výška PPO podľa spôsobu využitia na osobu / mesiac v eur		
	formálna starostlivosť (sociálne služby, zdravotnícke zariadenie)	neformálna starostlivosť	
		priamo na neformálnu starostlivosť dospelá osoba / dieťa	na sociálne služby, zdravotnícke zariadenie
I (2 - 4 hodiny)	200 €	-	-
II (4 - 6 hodín)	400 €	-	-
III (6 - 8 hodín)	600 €	-	-
IV (8 - 12 hodín)	850 €	700 € / 900 €	150 €
V (12 a viac hodín)	1 000 €	700 € / 900 €	300 €

PREDPOKLADANÝ VPLYV NA ŠR

Pri použití počtu predpokladaných poberateľov príspevku na pomoc pri odkázanosti a navrhovaných súm príspevku pre jednotlivé stupne odkázanosti bude **celkový vplyv reformy pri predpoklade plného čerpania príspevku už od januára 2026 vo výške 1 663 136 400 eur.**

Vplyv reformy na ŠR

Stupeň odkázanosti	Základná suma PPO	Prijímatelia a žiadatelia o SoS**	Neformálne opatrovaní a ďalší s ŤZP – dospelí**	Neformálne opatrovaní a ďalší s ŤZP – deti**	Predpokladaný počet poberateľov PPO spolu	Vplyv na ŠR na formálnu starostlivosť	Vplyv na ŠR na neformálne opatrovanie	Vplyv na ŠR spolu
I.	200 €	1 530			1 530	3 672 000 €		3 672 000 €
II.	400 €	3 155			3 155	15 144 000 €		15 144 000 €
III.	600 €	12 160	3 676	454	16 290	87 552 000 €	0 €	87 552 000 €
IV.	850 €*	12 410	38 260	4 730	55 400	126 582 000 €	434 373 600 €	560 955 600 €
V.	1 000 €*	44 350	35 740	4 420	84 510	532 200 000 €	463 612 800 €	995 812 800 €
Spolu		73 605	77 676	9 604	160 885	765 150 000 €	897 986 400 €	1 663 136 400 €

* Pri neformálnom opatrovaní detí sa základná suma príspevku zvyšuje o 200 €

**Vzhľadom na súčasné a predpokladané kapacity sociálnych služieb v roku 2026 a súčasne vzhľadom na aktuálny počet poberateľov odľahčovacej služby alebo inej sociálnej služby popri opatrovaní v rámci príspevku na opatrovanie sa nepredpokladá, že v prvých rokoch využije sumu určenú na formálnu starostlivosť popri neformálnom opatrovaní viac ako 80 % poberateľov PPO

Pri vyššie uvedenom predpokladanom vplyve zavedenia PPO na štátny rozpočet je potrebné zohľadniť (odpočítať) predpokladané výdavky štátneho rozpočtu v roku 2026, ktoré by štát vynaložil aj bez ohľadu na realizáciu navrhovanej reformy. Ide o príspevky, ktoré budú po realizácii reformy zrušené, a to:

- **peňažný príspevok na opatrovanie (PnO)** poskytovaný opatrovateľovi odkázanej fyzickej osoby s ŤZP v stupni IV a V (podľa nového členenia v zmysle navrhovanej reformy posudkovej činnosti). Suma tohto príspevku sa určuje s platnosťou k 1. júlu príslušného roka nariadením vlády SR. V súčasnosti je výška príspevku v prípade opatrovania jednej odkázanej osoby 615,5 eur. Podľa doteraz používaného mechanizmu valorizácie tohto príspevku sa predpokladá, že od 1. júla 2026 by bola výška tohto príspevku v sume 663,5 eur. Suma príspevku sa zvyšuje o 200 eur pri opatrovaní dieťaťa. Na základe týchto súm a pri predikcii nárastu počtu poskytovaných príspevkov by bola suma prostriedkov vynaložených zo ŠR **v roku 2026 vo výške 713 184 557 eur** pre 75 875 neformálnych opatrovateľov.
- **poskytovanie finančného príspevku z rozpočtu MPSVR SR pre obecné a neverejné pobytové a ambulantné zariadenia podmienené odkázanosťou.** Suma tohto príspevku sa určuje s platnosťou k 1. januáru príslušného roka nariadením vlády SR. Pre rok 2025 je výška príspevku v najvyššom stupni V (podľa nového členenia v zmysle navrhovanej reformy posudkovej činnosti) pre pobytovú formu 825 eur a pre ambulantnú formu 550 eur mesačne. Podľa doteraz používaného mechanizmu valorizácie tohto príspevku (koeficienty minimálnej mzdy za predchádzajúci rok) sa predpokladá, že od 1. júla 2026 by bola výška tohto príspevku v sume 898 eur pre pobytovú formu a 599 eur pre ambulantnú formu. Na základe týchto súm a pri predikcii nárastu počtu miest v zariadeniach (medziročný nárast, budovanie ZSS s podporou ŠFRB, IROP a z prostriedkov POO – cca 1 000 miest) by bola suma prostriedkov vynaložených zo ŠR na tento účel **v roku 2026 vo výške 294 972 183 eur** pre 27 300 miest v pobytových zariadeniach a 5 000 miest a ambulantnej forme.

Na základe vyššie uvedeného celkového vplyvu reformy a po zohľadnení výdavkov, ktoré by boli v roku 2026 vynaložené zo ŠR bez ohľadu na reformu, je vplyv na ŠR vo výške 655 mil. eur.

Vplyv na ŠR po reforme (zavedení PPO)	Celkový vplyv	Predpokladané výdavky na FP MPSVR a PnO Upsvar zo ŠR v 2026	Vplyv po odpočítaní predpokladaných výdavkov
Vplyv na sociálne služby – formálna starostlivosť	765 150 000 €	294 972 183 €	470 177 817 €
Vplyv na neformálnu starostlivosť	897 986 400 €	713 184 557 €	184 801 843 €
Spolu	1 663 136 400 €	1 008 156 740 €	654 979 660 €

Dôvody vplyvu na ŠR po zavedení PPO sa líšia v závislosti od použitia POO na formálnu alebo neformálnu starostlivosť, nasledovne:

V oblasti sociálnych služieb – 470, 2 mil. eur (za predpokladu plného čerpania od januára 2026)

- **Nárast počtu osôb poberajúcich SoS** - Cieľom PPO je zabezpečiť rozvoj a dostupnosť najmä komunitných sociálnych služieb (terénne, ambulantné, podporné) a súčasne sa budú zvyšovať kapacity zariadení s podporou zo ŠFRB, IROP a POO čo spolu predpokladá (aj z dôvodu demografického vývoja) zvýšenie celkového počtu prijímateľov SoS o cca 15 tisíc (v rámci všetkých

foriem sociálnych služieb a druhov pri ktorých možno využiť PPO). Pri súčasnom prerozdelení prijímateľov v jednotlivých stupňoch odkázanosti, tento nárast predstavuje cca 157,5 mil. eur (za predpokladu využitia celej sumy príspevku zo strany všetkých poberateľov a bez zohľadnenia počtu novo podporených prijímateľov- nasledujúca odrážka).

- **Z hľadiska typu poberateľov príspevku, budú novo z rozpočtu ŠR podporení**
 - prijímatelia opatrovateľskej služby (cca 11 tisíc) – cca 92 mil. eur (podpora v súčasnosti realizovaná cez národný projekt) a
 - prijímatelia sociálnej služby v ZSS zriadených VÚC (sociálne služby nepodporované príspevkom MPSVR) o 17,3 tisíc – cca 196,8 mil. eur.

Cez PPO tak bude možné novo podporiť o viac ako 28 tisíc osôb viac ako v súčasnosti cez príspevok MPSVR (cca 31 tis. miest v ZSS obcí a NPSS). Celková suma tohto vplyvu - takmer 289 mil. eur sa na štát preniesie z pôsobnosti obcí (92 mil. eur na podporu opatrovateľskej služby) a VÚC (196,8 mil. eur poskytovaním PPO aj pre prijímateľov sociálnej služby v ZSS zriadených VÚC).

- **Použitie príspevku aj na podporné sociálne služby (aj pre osoby v nižších stupňoch)** - V súčasnosti sa príspevkom zo ŠR (MPSVR) podporujú len obecné a neverejné odkázanostné ZSS. V novom systéme bude príspevok využívaný na akúkoľvek sociálnu službu - vrátane opatrovateľskej služby a podporných sociálnych služieb s cieľom prevencie zhoršenia situácie a potreby pobytovej sociálnej služby (napr. monitorovanie a signalizácia potreby pomoci, prepravná služba) – cca 24,4 mil. eur.

V rámci uvedených vplyvov sa vzhľadom na jednotnú výšku príspevku bez ohľadu na formu starostlivosti **navýši súčasný príspevok na formálnu starostlivosť z rozpočtu MPSVR** - Predpokladaná suma príspevku z MPSVR na jedno pobytové miesto v ZSS v roku 2026 v stupňoch IV a V sa zavedením PPO v týchto stupňoch zvýši priemerne cca o 100 €, čo by sa malo premietnuť v znížení úhrady prijímateľa za sociálnu službu, možnosti využitia príspevku na iné podporné služby (napr. prepravná služba), ale aj vo zvýšení odmeňovania najmä opatrovateľského personálu v súlade s cieľmi POO a zámermi na stanovenie minimálnej mzdy vo výške 60 % priemernej mzdy v hospodárstve. V ambulantnej forme sa predpokladá priemerné navýšenie o 240 eur, nakoľko prijímateľ ambulantnej sociálnej služby môže využiť príspevok aj na nákup iných terénnych a podporných služieb. V prípade, že príspevok na tieto účely nepoužije, nevyužitá suma sa vráti do štátneho rozpočtu. V súčasnosti nie je možné predikovať vplyv tohto nárastu, aj vzhľadom na limitáciu súčasného príspevku MPSVR len na ZSS obcí a VÚC a nedostatočnú podporu a dostupnosť komunitných služieb.

V oblasti neformálneho opatrovania

- **Poskytovanie časti príspevku na nákup sociálnej služby** - V súčasnosti majú neformálni opatrovatelia nárok na odľahčenie poskytnutím sociálnej služby opatrovanej osobe. Nakoľko sa táto sociálna služba poskytuje za úhradu, odkázané osoby na ne nemajú dostatočné zdroje (odľahčenie sa poskytuje len cca 180 osobám ročne). V novom systéme bude časť príspevku viazaná na nákup sociálnej služby, buď na odľahčenie neformálneho opatrovateľa alebo na nákup ďalšej podpornej sociálnej služby pre odkázanú osobu (ambulantnej, terénnej alebo inej). Pri vplyve na ŠR sa predpokladá využitie tejto časti príspevku u 80 % poberateľov (66,5 tisíc - 88,8 mil. eur).

- **Nárast počtu neformálne opatrovaných osôb** - Okrem prirodzeného nárastu počtu opatrovaných do systému vstúpia aj odkázané osoby, pre ktorých opatrovateľov napr. z dôvodu príjmu odkázanej osoby nevznikol nárok na príspevok na opatrovanie (spolu cca 5 tis.) – cca 42 mil. eur.

V súvislosti so zavedením príspevku na pomoc pri odkázanosti budú nevyhnutné ďalšie **nepriame dodatočné náklady na**

- Vybudovanie nového modulu IS pre vedenie osobného rozpočtu prijímateľa príspevku , vybudovanie klientskeho portálu - potreba úpravy/rozšírenia existujúcich modulov Informačného systému sociálnych služieb a zároveň doplnenie ďalších modulov s ich integráciou
- Personálne a materiálne vybavenie úradov práce, sociálnych vecí a rodiny.

Vplyv na štátny rozpočet – nepriame výdavky súvisiace so zavedením PPO

Administratívne kapacity (CCP, stravné, priestory a služby) - ročne	2 920 660 €
Vybavenie pre nové administratívne kapacity (pracovný stôl, pracovná stolička, kontajner, cena s DPH) – jednorazovo	42 960 €
Náklady na úpravy IS SoS – jednorazovo	2 800 000€
SPOLU	5 763 620 €

Poznámka: *Odhad administratívnych kapacít (100 zamestnancov) je aktuálne určený kvalifikovaným odhadom, aj na základe predpokladov potrebných sociálnych pracovníkov v súvislosti s reformou posudkovej činnosti. Odhad nákladov na úpravy informačných systémov vychádza z hrubého odhadu dodávateľa systému z leta 2023 a vychádza z predpokladu, že nebudú použité ePay karty ani vouchery, ale osobný účet bude vedený v systéme IS SoS.

1.11 PREDPOKLADANÉ VPLYVY NA ROZPOČTY SAMOSPRÁVY

Vplyvy na rozpočet vyšších územných celkov sú odhadnuté v súvislosti s

- navrhovanou zmenou kompetencií vo financovaní pobytových foriem v zariadení pre seniorov a zariadení opatrovateľskej služby,
- odhadovaným príjmom zariadení zriadených alebo založených obcou alebo VÚC z príspevku na pomoc pri odkázanosti,
- navrhovaným zavedením paušálneho príspevku poskytovaného z rozpočtu obce alebo VÚC bez ohľadu na typ zriaďovateľa.

Pri odhadoch sa vychádzalo z aktuálnych počtov prijímateľov, miest v ZSS (k septembru 2024), s použitím výšky PPO na rok 2026 a paušálneho príspevku vo výške cca 20 % výdavkov pre sociálne služby v zariadení pri pobytovej forme, 30% pri ambulantnej a terénnej forme odhadnutých na rok 2026⁷⁸.

Navrhované výšky paušálneho príspevku samosprávy podľa druhu a formy SoS

Druh sociálnej služby	Navrhovaná výška paušálneho príspevku na 2026 (v eur)		
	Pobytová forma (mesiac/miesto)	Ambulantná forma (mesiac/miesto)	Terénna forma (hodina)
Denný stacionár		105	

⁷⁸ Náklady na jednotlivé druhy SoS boli vypočítané na základe analýzy údajov poskytovateľov sociálnych služieb za rok 2023 s navýšením o infláciu.

Domov sociálnych služieb	390	360	
Rehabilitačné stredisko	320	260	
Špecializované zariadenie	400	420	
Zariadenie opatrovateľskej služby	320	155	
Zariadenie podpor. bývania	240		
Zariadenie pre seniorov	320		
Opatrovateľská služba			3,7

Suma, ktorú po zavedení PPO (výška podľa návrhu na rok 2026) získajú prijímatelia ZSS v pôsobnosti VÚC (pobytové aj ambulantné formy) a teda použijú na úhradu sociálnej služby v týchto ZSS je takmer 196,8 miliónov eur.

Pri návrhu, že paušálny príspevok samosprávy bude stanovený ako 20% resp. 30% z celkovej ceny sociálnej služby a bude poskytovaný poskytovateľovi sociálnej služby bez ohľadu na typ zriaďovateľa (verejný/neverejný PSS), je celková odhadovaná suma vplyvu na rozpočty samospráv nasledovná:

Vplyv poskytovania paušálneho príspevku samosprávou	Vplyv na rozpočet samosprávy spolu	Ambulantná forma		Pobytová forma		Terénna forma	
		počet miest (09/2024)	Vplyv na rozpočet samosprávy	počet miest (09/2024)	Vplyv na rozpočet samosprávy	počet hodín za 2023	Vplyv na rozpočet samosprávy
Paušálny príspevok z VÚC	198 551 760 €	2 853	12 194 640 €	43 725	186 357 120 €		
Paušálny príspevok z obcí	31 869 420 €	1 437	1 810 620 €			8 124 000	30 058 800 €
SPOLU	230 421 180 €	4 290	14 005 260 €	43 725	186 357 120 €	8 124 000	30 058 800 €

Odhadovaná suma vplyvu na rozpočty VÚC po zmene kompetencií pri financovaní zariadení pre seniorov a zariadení opatrovateľskej služby (ZPS/ZOS) približne 90,8 miliónov eur, pričom vplyv spojený s financovaním obecných poskytovateľov je takmer 39 mil. eur. Konečný vplyv na rozpočet obcí ako aj VÚC bude závisieť od nastavenia výšky príspevku na pomoc pri odkázanosti, výšky paušálnych príspevkov na jednotlivé druhy a formy sociálnych služieb ako aj zdefinovania kompetencií jednotlivých úrovní samospráv.

Pozitívny vplyv na rozpočet obcí, z dôvodu príjmov sociálnych služieb zriadených obcou z PPO prostredníctvom úhrad od ich prijímateľov (vrátane opatrovateľskej služby) vo výške viac ako 188,5 mil. eur, ako aj príjmov z paušálneho príspevku poskytovaného z rozpočtov VÚC pre obcou zriadené ZPS/ZOS (39 mil. eur) a súčasne strata kompetencie financovania týchto sociálnych služieb u neverejných PSS, by mal byť obcami využitý v prospech financovania opatrovateľskej služby, denných stacionárov a novej sociálnej služby sprostredkovanie sociálnej služby a pomoci z úrovne miestnej samosprávy.

Nasledovný obrázok 8 podrobnejšie opisuje tieto predpokladané vplyvy na rozpočet obcí a VÚC v roku 2026 v porovnaní s rokom 2023 a to so zreteľom na presun kompetencií pri financovaní sociálnej služby v pobytovej forme ZPS a ZOS z obce na VÚC. Detailnejšie údaje o financovaní sociálnych služieb podmienených odkázanosťou z rozpočtov obcí a VÚC v roku 2023 a o predpokladaných vplyvoch navrhovaných zmien od roku 2026 sú obsiahnuté v prílohe č. 3.

Obrázok 8 Znáznornenie vplyvov na rozpočty obcí a VÚC pri presune kompetencie financovať pobytovú formu ZPS a ZOS z obce na VÚC



Zdroj: Vlastné spracovanie

11. SYSTÉM MONITOROVANIA A HODNOTENIA REALIZÁCIE

Systém monitorovania a hodnotenia realizácie je previazaný s realizáciou Plánu obnovy a odolnosti SR. V čase prípravy reformy je niekoľko úrovní:

- v rámci realizácie Plánu obnovy a odolnosti SR prebieha pravidelné vyhodnocovanie národnou koordinačnou autoritou,
- v rámci pracovnej skupiny vyplývajúcej z jej štatútu aj doterajšej praxe prebieha monitoring cez spätné väzby a pripomienkovanie predložených materiálov členmi pracovnej skupiny,
- v rámci medzirezortného pripomienkového konania a to aj v súvislosti s Konceptiou a následne aj novou legislatívou.

F. ZÁVER

Predložená Koncepcia a jej príloha Analýza poskytovania sociálnych služieb v Slovenskej republike bola vypracovaná pracovníkmi odboru sociálnych služieb MPSVR SR. Prvá pracovná verzia koncepcie aj analýzy bola prezentovaná členom pracovnej skupiny v lete 2023. V rámci pripomienkovania týchto materiálov bolo vznesených viac ako 300 pripomienok či návrhov na doplnenie. Väčšia časť komentárov smerovala k analytickej časti, ktoré boli z väčšej časti zapracované. V rámci strategickej časti sa časť komentárov týkala špecifík konkrétnych druhov sociálnych služieb, ktoré budú predmetom diskusie pri následnej legislatívnej úprave. .

Od februára 2024 prebiehali ďalšie zasadnutia pracovnej skupiny aj parciálne tematické odborné online stretnutia, a to aj s rezortom zdravotníctva a rezortom školstva. Cieľom bolo konkretizovať riešenia a orientačne vyčíslíť vplyv reformy financovania sociálnych služieb na verejné financie. V októbri 2024 bola aktualizovaná verzia predstavená členom pracovnej skupiny, kde väčšina členov vyjadrila potrebu zmien a podporu smerovaniu zmien navrhnutých v Koncepcii.

Medzirezortné pripomienkové konanie (MPK) prebiehalo **od 15. do 28. novembra 2024**. Nad rámec povinne pripomienkujúcich subjektov boli všetky organizácie zastúpené svojimi členmi v pracovnej skupine, ako aj Úrad komisára pre osoby so zdravotným postihnutím a Úrad verejného ochrancu práv, označené ako povinne pripomienkujúce. V rámci MPK bolo predložených **spolu 200 pripomienok**, z toho 68 obyčajných a 132 zásadných. Z predložených pripomienok bolo **140 akceptovaných alebo čiastočne akceptovaných**.

Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny SR uskutočnilo 5 rozporových konaní na úrovni ministra s kľúčovými partnermi (zástupcovia miestnej a regionálnej samosprávy, zástupcovia osôb so zdravotným postihnutím, zástupcovia neverejných poskytovateľov, zástupcovia profesijných komôr a Ministerstvo financií SR) ako aj 3 expertné stretnutia so zástupcami Ministerstva zdravotníctva SR a zástupcami zdravotných poisťovní, Ministerstva školstva, vedy, výskumu a mládeže SR a poskytovateľmi ranej starostlivosti a Ministerstva financií SR. Na základe rozporových konaní sa podarilo odstrániť väčšinu rozporov (106). Rozpor trvá v otázkach, ktoré je potrebné ďalej diskutovať a definitívne upraviť až v návrhu zákona a výška celkového vplyvu na verejný rozpočet.

Napriek týmto rozporom všetci kľúčoví partneri deklarovali potrebu pokračovať v príprave reformy v rámci, ktoré Koncepcia nastavuje a ochotu aktívne participovať na tvorbe novej legislatívy spoločne.

Schválenie predloženej Koncepcie je dôležitým krokom vzhľadom na presah nastavenia reformy financovania sociálnych služieb na rôzne oblasti a pri nastavovaní novej legislatívy bude nevyhnutná spolupráca s viacerými rezortami a sociálnymi partnermi.

G. PRÍLOHY

Príloha 1: Analýza poskytovania sociálnych služieb v Slovenskej republike

Príloha 2: Návrh rámca následných zmien v oblasti sociálnych služieb krízovej intervencie

Príloha 3: Vplyv na rozpočty VÚC a obcí pri presune vybraných kompetencií