



SLOVENSKE NÁRODNÉ
STREDISKO
PRE ĽUDSKÉ PRÁVA



**Dostupnosť komunitných
sociálnych služieb
určených pre osoby
so zdravotným znevýhodnením**

Názov: **Dostupnosť komunitných sociálnych služieb určených pre osoby so zdravotným znevýhodnením**

Vydalo: **Slovenské národné stredisko pre ľudské práva, Bratislava, 2022**

Autorky: **Mgr. Anna Máriássyová, Mgr. Katarína Medľová**
Štatistické analýzy: **Mgr. Zuzana Juščáková, PhD.**

Odborná recenzia: **Mgr. Tibor Köböl**

Za obsah a jazykovú úpravu zodpovedá autorský tím.

Grafická úprava:
Kovidesign
Kamila Černáková

Fotografie použité v tejto publikácii sú ilustračné a boli riadne licencované z freepik.com

ISBN: **978-80-99917-54-6 (tlač)**
978-80-99917-53-9 (pdf)

Obsah

Úvod	3
Metodologické poznámky	4
1. Medzinárodné ľudskoprávne východiská práv osôb so zdravotným znevýhodnením v oblasti komunitných podporných sociálnych služieb	6
1.1 Organizácia spojených národov	7
1.2 Rada Európy	16
1.3 Európska únia	18
2. Politiky Slovenskej republiky v oblasti komunitnej starostlivosti a poskytovania sociálnych služieb	20
2.1 Zákonná úprava poskytovania sociálnych služieb	21
2.2 Strategické dokumenty týkajúce sa poskytovania sociálnych služieb	22
3. Dostupnosť vybraných typov sociálnych služieb	25
3.1 Terénna opatrovateľská služba	26
3.2 Rehabilitačné stredisko	33
3.3 Zariadenie podporovaného bývania	35
3.4 Denný stacionár	37
3.5 Špecializované zariadenia	40
Záver	42
Odporúčania	44
Zoznam grafov	45
Zoznam zdrojov	46

Úvod

Slovenské národné stredisko pre ľudské práva (ďalej ako „Stredisko“) je národný antidiskriminačný orgán zriadený zákonom č. 308/1993 Z. z. o zriadení Slovenského národného strediska pre ľudské práva. Medzi základné úlohy Strediska patrí okrem iného aj monitorovanie a hodnotenie dodržiavania ľudských práv a dodržiavania zásady rovnakého zaobchádzania, uskutočňovanie výskumov a prieskumov v oblasti ľudských práv či vypracúvanie a uverejňovanie správ a odporúčaní o problematike diskriminácie.

Táto správa sa zaoberá dostupnosťou sociálnych služieb na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku,¹ pričom ide o jednu z hlavných ľudskoprávných otázok týkajúcich sa osôb so zdravotným znevýhodnením. Jej cieľom je poskytnúť analýzu dostupnosti ambulantných a terénnych foriem týchto sociálnych služieb, pričom sa zameriava na priestorovú a finančnú dostupnosť týchto služieb a identifikáciu nedostatkových regiónov, v ktorých je potrebné podporovať pôsobenie nových poskytovateľov. Je však potrebné poznamenať, že správa nehodnotí kvalitu poskytovaných služieb a zameriava sa výlučne na ich dostupnosť. Zároveň správa obsahuje prehľad ľudskoprávných záväzkov Slovenskej republiky v oblasti poskytovania sociálnych služieb ľuďom so zdravotným znevýhodnením

a tiež odporúčaní, ktoré v tejto súvislosti SR dostala od relevantných inštitúcií. Ako konštatoval Európsky výbor pre sociálne práva, záväzky Slovenskej republiky k deinštitucionalizácii sociálnych služieb zatiaľ nie sú dostatočne napĺňané a SR sa vo veľkej miere opiera o ústavnú starostlivosť o osoby so zdravotným znevýhodnením. Stredisko sa preto rozhodlo venovať práve komunitným službám, ktoré predstavujú želanú alternatívu ústavnej starostlivosti.

Štandardy poskytovania sociálnych služieb osobám so zdravotným znevýhodnením sú upravené v medzinárodných dokumentoch, ako je Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím. Vychádzame aj z kľúčových strategických vnútroštátnych dokumentov, napr. Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2021 – 2030 alebo Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021 – 2030. Tieto dokumenty nadväzujú na koncepcie z predchádzajúcich rokov, avšak napríklad Analýza napĺňania Národných priorít rozvoja sociálnych služieb na roky 2015-2020 ukázala rezervy v napĺňaní viacerých oblastí. Napríklad naviazanie budovania kapacít na európske zdroje nedokáže zabezpečiť, že k rozvoju sociálnych služieb bude dochádzať v oblastiach s najvyšším dopytom, ale ľudia so zdravotným postihnutím sú odkázaní na aktivitu subjektov poskytujúcich sociálne služby (Repková, 2020).

¹ Hl. 5 Zákona o sociálnych službách

Metodologické poznámky

Publikácia sa zameriava na dostupnosť poskytovania ambulantných a terénnych sociálnych služieb na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia alebo nepriaznivého zdravotného stavu, ktoré by mali predstavovať alternatívu voči pobytovým sociálnym službám. Zamerali sme sa na päť druhov sociálnych služieb, a to terénnu opatrovateľskú službu, denný stacionár, rehabilitačné stredisko (ambulantnú formu), špecializované zariadenie (ambulantnú formu) a zariadenie podporovaného bývania. Ďalšie typy sociálnych služieb pre zdravotne znevýhodnené osoby (napr. požičiavanie pomôcok, prepravná služba) neboli sledované, pretože ide o podporné služby, ktoré nedokážu v plnej miere nahradiť pobytové formy sociálnych služieb.

4

Keď píšeme o komunitných službách, máme na mysli také, ktoré pôsobia na bežných miestach, kde sa ľudia využívajúci sociálne služby pohybujú, a podporujú ich na základe individuálne spracovaných cieľov a plánov tak, aby žili svoj život podľa svojich predstáv. Podporujú svojich užívateľov a užívateľky, aby boli aktívnymi občanmi v mieste svojho bydliska, udržiavali kontakty so svojimi príbuznými, susedmi, spolupracovníkmi, priateľmi a tiež v oblasti celoživotného vzdelávania, bývania, pracovného uplatnenia a zapájania sa do sociálneho života. Komunitné sociálne služby zároveň eliminujú potrebu paralelných segregačných služieb, ako sú napr. inštitúcie a liečebne dlhodobo chorých.

Rozvoj komunitných sociálnych služieb vyžaduje podporu pri poskytovaní bývania, vzdelávania, prepravy, zdravotníckych služieb a ďalších verejných služieb, aby boli dostupné pre užívateľov sociálnych služieb v bežnej komunite. (Holúbková & Ďurana, 2013)

Dáta použité v tejto publikácii pochádzajú z viacerých zdrojov. Kľúčovým bol Centrálny register poskytovateľov sociálnych služieb, do ktorého je povinný zapísať sa každý poskytovateľ sociálnej služby. Jeho hlavnou nevýhodou je fakt, že hoci by poskytovateľ v prípade ukončenia poskytovania sociálnej služby mal požiadať o výmaz z registra, nie vždy sa to deje a v registri sa tak nachádzajú aj poskytovatelia, ktorí už poskytovanie sociálnej služby ukončili.² Tento problém sme identifikovali najmä v prípade terénnych opatrovateľských služieb zabezpečovaných samosprávami, v niektorých prípadoch kontaktované obce ani nemali vedomosť o tom, že sú v registri zapísané. Ďalšími zdrojmi dát boli údaje z výkazov Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny (ďalej ako „MPSVaR SR“) a Štatistického úradu SR (ďalej ako „ŠÚ SR“). Ich limity spočívajú vo viacerých faktoroch. V prípade dotazníkových zisťovaní ide o reprezentatívnosť dát, údaje o málo početných druhoch sociálnych služieb je potrebné agregovať na úroveň krajov, keďže ide o dôverné údaje, a výkazy o jednotlivých typoch služieb sa zbierajú osobitne pre neverejných a verejných poskytovateľov.³ Údaje z Registra poskytovateľov sociálnych služieb sú za prvý štvrtrok 2022, ostatné

² Podrobne sa problematike dostupnosti a kvality dát o poskytovateľoch sociálnych služieb venuje Inštitút sociálnej politiky v správe *Skvalitňovanie údajov o sociálnych službách z roku 2020*. Dostupné na: https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/analyticke-centrum/analyticke-komentare/isp_2020-skvalitnovanie-udajov-soc-sluzbach.pdf

³ Niektoré typy dát zbierané ŠÚ SR sú dôverné, čo znamená, že na ich základe nesmie byť identifikovateľná konkrétna osoba alebo organizácia. Preto je potrebná ich agregácia tak, aby jedna agregovaná položka obsahovala minimálne tri mikroúdaje.

dáta sa vzťahujú na rok 2021.⁴

V analýze sme sledovali všetkých poskytovateľov vybraných sociálnych služieb, ktorí boli zapísaní v Centrálnom registri poskytovateľov. Údaje o cenách a podmienkach poskytovaných sociálnych služieb sme zisťovali z príslušných všeobecne záväzných nariadení (ďalej ako VZN) v prípade obcí a samosprávnych krajov, resp. zverejnených cenníkov v prípade neverejných poskytovateľov. Ak neboli tieto dokumenty verejne dostupné, poskytovatelia boli následne kontaktovaní so žiadosťou o ich zaslanie. Z hľadiska ceny sme sledovali nielen jej výšku, ale aj spôsob jej určenia a tiež rozdielnu sadzbu na základe charakteristík prijímateľov a prijímateľiek. Finančná dostupnosť (cena služieb v porovnaní s priemernou mzdou) bola z priestorového hľadiska sledovaná iba pri opatrovateľských službách, pretože

pri ostatných sledovaných typoch sociálnych služieb boli príliš veľké rozdiely v spôsobe stanovenia ceny a nízky počet poskytovateľov ani neumožňoval analýzu na úrovni okresov. V týchto prípadoch sledujeme len cenové rozdiely medzi jednotlivými zariadeniami. Skúmanie priestorovej dostupnosti sa zameriava na analýzu rovnomernosti priestorového rozmiestnenia jednotlivých sociálnych služieb prevažne na úrovni okresov a samosprávnych krajov. Sledovali sme, či existujú oblasti s nedostatkom konkrétnych služieb, alebo naopak, či sa v niektorých regiónoch tieto služby nadpriemerne koncentrujú.

V publikácii používame termín „zdravotné znevýhodnenie“ s výnimkou citácií zákonov a oficiálnych prekladov, napríklad v prípade Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím.

⁴ Od začiatku roka 2022 prebieha napĺňanie nového Informačného systému sociálnych služieb, ktorý nahradí spomínané výkazy. Z časového hľadiska však pri výskume ešte nebolo možné využiť údaje, ktoré bude poskytovať.



6

1. Medzinárodné ľudskoprávne východiská práv osôb so zdravotným znevýhodnením v oblasti komunitných podporných sociálnych služieb

Odporúčania medzinárodných organizácií a štandardy z ľudskoprávných dokumentov predstavujú jedny z kľúčových faktorov postupnej transformácie sociálnych služieb na Slovensku. Táto kapitola sa venuje analýze odporúčaní týkajúcich sa spôsobu poskytovania sociálnych služieb zdravotne znevýhodneným osobám, najmä v oblasti komunitných služieb a nezávislého spôsobu života, ktoré sú jednými z najvýznam-

nejších ľudskoprávných otázok poskytovania sociálnych služieb. Najdôležitejšie analyzované dokumenty sú Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím vrátane všeobecných komentárov a Európska sociálna charta. Práve z monitorovania jej implementácie, prípadne univerzálneho periodického hodnotenia pre OSN vyplývajú pre Slovenskú republiku viaceré odporúčania.

1.1 Organizácia spojených národov

Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím

Pre tému komunitných sociálnych služieb je najdôležitejším medzinárodným ľudskoprávnym dokumentom **Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím**⁵ (ďalej „Dohovor“), ktorý Slovenská republika ratifikovala v roku 2010. Dohovor je zároveň „*prvým medzinárodným, právne záväzným dohovorom, ktorý stanovuje minimálne štandardy pre práva ľudí so zdravotným postihnutím*“.⁶ Cieľom Dohovoru je „*presadzovať, chrániť a zabezpečovať plné a rovnaké využívanie všetkých ľudských práv a základných slobôd všetkými osobami so zdravotným postihnutím a podporovať úctu k ich prirodzenej dôstojnosti*“ (čl. 1). Zakladá sa na zásadách nediskriminácie, rešpektovaní prirodzenej dôstojnosti a osobnej nezávislosti vrátane slobody voľby a samostatnosti, plného a účinného zapojenia a začlenenia do spoločnosti, rešpektovania odlišnosti a prijímaniu ľudí so zdravotným postihnutím ako súčasťou ľudskej rozmanitosti a prirodzenosti, prístupnosti, rovnosti

príležitostí, rovnosti medzi mužmi a ženami a rešpektovania rozvíjajúcich sa schopností detí so zdravotným postihnutím a práv detí so zdravotným postihnutím na zachovanie vlastnej identity (čl. 3).

V roku 2010 Slovenská republika ratifikovala zároveň aj **Opčný protokol** k Dohovoru, ktorý umožňuje podávanie individuálnych sťažností pre osoby, ktoré tvrdia, že sú obeť porušovania ustanovení Dohovoru. Kompetenciu prijímať a posudzovať oznámenia má Výbor pre práva osôb so zdravotným postihnutím (ďalej „Výbor“). Oznámenia môžu predkladať jednotlivé osoby a skupiny osôb, alebo môžu byť podané v ich zastúpení.⁷ Slovensko akceptovalo aj kompetenciu Výboru preveriť a následné prešetriť situáciu v krajine, „*ak dostane hodnoverné informácie nasvedčujúce tomu, že zmluvná strana hrubo alebo systematicky porušuje práva ustanovené v dohovore*“.⁸

⁵ Dostupné v slovenčine na <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/uvod/legislativa/socialna-pomoc-podpora/dohovor-osn-pravach-osob-so-zdravotnym-postihnutim-opcny-protokol-sk-aj.pdf>.

⁶ Európska komisia: „Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím“, dostupné v angličtine na <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=1138>.

⁷ *Opčný protokol k Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím, čl. 1, dostupné v slovenčine na <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/tazke-zdravotne-postihnutie/opcny-protokol-k-dohovoru-pravach-osob-so-zdravotnym-postihnutim.pdf>*. Výbor oznámenie za Slovensko neregistruje (informácie k 19/05/2022).

⁸ Tamže, čl. 6 ods. 1. Výbor takéto prešetrovanie (v angličtine „inquiry“) v prípade Slovenska nevykonával (informácie k 19/05/2022), informácie dostupné v angličtine na https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treaty-bodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=4&DocTypeCategoryID=7.

Dohovor obsahuje dôležité východiská pre právo osôb so zdravotným postihnutím na nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti. Základ tvorí čl. 3 – všeobecné zásady, a to konkrétne čl. 3 písm. a) - rešpektovanie prirodzenej dôstojnosti, osobnej nezávislosti a samostatnosti osôb a čl. 3 písm. c) - plné a účinné zapojenie sa a začlenenie do spoločnosti. Samotný čl. 19 (nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti) zdôrazňuje, že osoby so zdravot-

ným postihnutím sú subjektmi práv a sú držiteľmi práv.⁹ Uznáva právo osôb so zdravotným postihnutím na možnosť slobodne si zvoliť miesto pobytu a to, kde a s kým budú žiť, a požaduje, aby ľudia so zdravotným postihnutím neboli nútení žiť v určitom konkrétnom prostredí (čl. 19 písm. a), mali prístup k celému spektru podporných služieb (čl. 19 písm. b) a komunitné služby a zariadenia boli prístupné a zohľadňovali ich potreby (čl. 19 písm. c).

Článok 19

Nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti

Zmluvné strany uznávajú rovnaké právo všetkých osôb so zdravotným postihnutím žiť v spoločenstve s rovnakými možnosťami voľby na rovnoprávnom základe s ostatnými, prijímú účinné a primerané opatrenia, ktoré umožnia plné využívanie tohto práva osobami so zdravotným postihnutím a ich plné začlenenie a zapojenie do spoločnosti a zabezpečia, aby

8

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

⁹ Úrad vysokého komisára OSN pre ľudské práva: „Všeobecný komentár č. 5 k článku 19 – právo na nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti“, dostupné v angličtine na <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no5-article-19-right-live>.

Ďalšie princípy zakotvené v Dohovore sú dôležité pre interpretáciu a aplikáciu článku 19, ktorý je jedným z najviac intersekcionálnych článkov Dohovoru.¹⁰ Pre tému komunitných sociálnych služieb môžu byť nápomocné aj ďalšie články Dohovoru, vrátane jeho Preambuly, čl. 5 (Rovnosť a nediskriminácia), čl. 6 (Ženy so zdravotným postihnutím), čl. 9 (Prístupnosť), čl. 7 (Deti so zdravotným postihnutím), čl. 12 (Rovnosť pred zákonom) vrátane spôsobilosti na právne úkony, čl. 14 (Sloboda a osobná bezpečnosť) vrátane absolútneho zákazu zadržania/väzby na základe postihnutia¹¹, čl. 23 (Rešpektovanie domova a rodiny), čl. 28 (Primeraná životná úroveň a sociálna ochrana) alebo čl. 31 (Štatistika a zhromažďovanie údajov).¹²

Pre konkrétne vysvetlenie záväzkov štátov v tejto oblasti vydal Výbor **Všeobecný komentár č. 5** (2017) k nezávislému spôsobu života a začleneniu do spoločnosti.¹³ Tento opisuje, čo pre štáty znamená napĺňanie článku 19 a iných povinností vyplývajúcich z Dohovoru. Podľa Výboru bolo dôležité presnejšie vysvetliť obsah práva na nezávislý spôsob života aj na základe zistení, že existujú určité medzery v implementácii článku 19 a do určitej miery aj nepochopenie alebo chybné predstavy o naplnení práva ľudí so znevýhodnením zvoliť si miesto pobytu a to, kde a s kým budú žiť a práva na domáce, pobytové a komunitné podporné služby.¹⁴

Medzi pretrvávajúce bariéry, ktoré Výbor identifikoval pri uplatňovaní článku 19, patria:¹⁵

- obmedzovanie/odnímanie právnej spôsobilosti (prostredníctvom právnych predpisov alebo *de facto* systém náhradného rozhodovania),
- nedostatočná sociálna podpora na zaistenie nezávislého spôsobu života v rámci spoločnosti,
- nedostatočný právny rámec a rozpočtové prostriedky na osobnú asistenciu a individualizovanú podporu,
- inštitucionalizácia, vrátane inštitucionalizovanej starostlivosti o deti alebo nútenej liečby, nedostatok stratégií pre deinštitucionalizáciu a pokračujúce investície do ústavnej starostlivosti, neprimeraná decentralizácia,

¹⁰ Tamže.

¹¹ Výbor pre práva osôb so zdravotným postihnutím: *Všeobecný komentár č. 5 (2017) k nezávislému spôsobu života a začleneniu do spoločnosti*, CRPD/C/GC/5, 27 októbra 2017, para. 27, dostupné v angličtine na <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/328/87/PDF/G1732887.pdf?OpenElement>.

¹² Pre konkrétny vzťah článku 19 k iným ustanoveniam Dohovoru pozri *Všeobecný komentár č. 5 (2017) k nezávislému spôsobu života a začleneniu do spoločnosti*, CRPD/C/GC/5, časť IV.

¹³ Výbor pre práva osôb so zdravotným postihnutím: *Všeobecný komentár č. 5 (2017) k nezávislému spôsobu života a začleneniu do spoločnosti*, CRPD/C/GC/5, 27 októbra 2017, dostupné v angličtine na <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/328/87/PDF/G1732887.pdf?OpenElement>, v slovenčine na <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/tazke-zdravotne-postihnutie/kontaktne-miesto-prava-osob-so-zdravotnym-postihnutim/dokumenty-3.html>, ľahko čitateľná verzia v slovenčine pripravená organizáciou SOCIA – Nadácia na podporu sociálnych zmien dostupná na https://www.socia.sk/wp-content/uploads/2018/06/brozura-vnutro_nahlad.pdf.

¹⁴ Úrad vysokého komisára OSN pre ľudské práva: „*Všeobecný komentár č. 5 k článku 19 – právo na nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti*“, dostupné v angličtine na <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no5-article-19-right-live>.

¹⁵ Výbor pre práva osôb so zdravotným postihnutím: *Všeobecný komentár č. 5 (2017) k nezávislému spôsobu života a začleneniu do spoločnosti*, CRPD/C/GC/5, 27 októbra 2017, para. 15, dostupné v angličtine na <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/328/87/PDF/G1732887.pdf?OpenElement>.

- negatívne postoje a stereotypy voči ľuďom so zdravotným znevýhodnením,
- nedostatok prijateľných, cenovo dostupných, prístupných a prispôsobiteľných služieb (doprava, zdravotná starostlivosť, školy, verejné budovy),
- nedostatok adekvátnych monitorovacích mechanizmov,
- nedostatočné zohľadnenie zdravotného znevýhodnenia pre pridelovanie prostriedkov zo všeobecného rozpočtu.

Výbor vo všeobecnom komentári aj detailnejšie uvádza normatívny obsah článku 19 vrátane definície pojmu „nezávislý spôsob života“, ktorého základom je osobná autonómia a sebaučenie a existencia prostriedkov, ktoré ľuďom umožňujú kontrolovať vlastný život a robiť rozhodnutia (vrátane s kým a kde žijú, kedy chcú ísť spať, či chcú chovať domáce zvieratá, počúvať hudbu, byť dnu alebo vonku, a podobne).¹⁶

Právo na „začlenenie do spoločnosti“ zahŕňa prístup ku všetkým službám prístupným širokej verejnosti a k podporným službám, ktoré osobám so zdravotným postihnutím umožnia plné začlenenie do spoločenského života (vrátane politického a kultúrneho života).¹⁷ Právo na začlenenie do spoločnosti má teda „sociálny rozmer, t. j. ide o pozitívne právo na vytvorenie inkluzívneho prostredia“.¹⁸ Oba tieto pojmy odkazujú na život mimo pobytových zariadení v akejkoľvek forme.¹⁹

„Podmienky na nezávislý život“ potom v prvom rade znamenajú to, že osoby so zdravotným postihnutím neprídu o možnosť voľby a osobnú autonómiu. Výbor vysvetľuje, že žiadne prostredie sa nemôže nazývať ako prostredie nezávislého života, ak obsahuje prvky inštitúcie alebo inštitucionalizácie (či už sa jedná o veľkokapacitné ústavy, ale aj o menšie skupinové domovy pre 5-8 osôb, ústavy

„podobné rodinnému prostrediu“ pre deti, alebo dokonca individuálne domovy). Takéto znaky inštitucionalizácie zahŕňajú napríklad povinné zdieľanie asistentov, izoláciu, nedostatok kontroly nad každodennými rozhodnutiami, neprispôsobivosť rutinných postupov alebo paternalistický prístup k poskytovaniu služieb.²⁰

Na záver, pod „osobnou asistenciou“ sa rozumie ľudská podpora, ktorá je riadená samotnou osobou s postihnutím, resp. užívateľom. Všeobecný komentár č. 5 ďalej rozvádza, aké prvky by mala osobná asistencia ako prostriedok nezávislého života obsahovať.²¹

Dôležitým, ale často opomínaným aspektom je, že právo na nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti sa týka všetkých osôb so zdravotným postihnutím, vrátane osôb, ktoré sú zbavené spôsobilosti na právne úkony alebo si vyžadujú vysokú úroveň podpory.²² V týchto prípadoch štáty často argumentujú, že ústavné zariadenia sú „jediné riešenie“, najmä ak sa poskytované služby považujú za „príliš nákladné“ alebo niektoré osoby so zdravotným postihnutím, vrátane osôb s intelektuálnym postihnutím, sú často posudzované ako osoby „neschopné žiť mimo ústavného zariadenia“.²³ Všetky tieto argumenty sú v rozpore s článkom 19, ktorý zahŕňa „všetky osoby so zdravot-

¹⁶ Tamže, para. 16 písm. a).

¹⁷ Tamže, para. 16 písm. b).

¹⁸ Tamže, para. 19.

¹⁹ Tamže, para. 16 písm. c).

²⁰ Tamže.

²¹ Tamže, para. 16 písm. d).

²² Tamže, para. 19.

²³ Tamže, para. 21.

ným postihnutím bez ohľadu na úroveň ich mentálnej spôsobilosti, rozsah samostatného fungovania alebo podporných požiadaviek.“²⁴

Na druhej strane aj **podporné služby musia byť „k dispozícii, prístupné, cenovo dostupné, prijateľné a prispôsobiteľné všetkým osobám so zdravotným postihnutím“, zohľadňujúc vek, príjem, jazykovú, náboženskú, sexuálnu a/alebo rodovú identitu. Žiadne osoby nemôžu byť vylúčené z poskytovania podporných služieb, a to ani kvôli tomu, koľko a aký druh služieb potrebujú.**²⁵ Primerané podporné služby a finančná podpora by mali byť poskytované zároveň aj rodinnými opatrovateľmi, ktorí sú potom schopní následne viesť svojich príbuzných k nezávislému spôsobu života.²⁶

Prístup k rôznym individualizovaným podporným službám je teda nevyhnutný predpoklad nezávislého spôsobu života pre mnohé osoby so zdravotným postihnutím. Zároveň sa tieto „*musia považovať skôr za právo ako za formu zdravotnej, sociálnej alebo charitatívnej starostlivosti.*“²⁷

Podporné služby musia byť navrhnuté tak, aby zabraňovali segregácii – z tohto dôvodu nie je povolená „*žiadna ústavná forma podporných služieb, ktorá oddeľuje a obmedzuje osobnú autonómiu.*“²⁸

Výbor zároveň bližšie vysvetľuje povinnosti zmluvných štátov pri aplikácii Do-

hovoru. Právo zvoliť si bydlisko a miesto, kde, ako a s kým človek žije (čl. 19 písm. a)) je podľa Všeobecného komentára č. 5 „*okamžite uplatniteľné, keďže ide o občianske a politické právo.*“²⁹ Právo na prístup k individualizovaným podporným službám (čl. 19 písm. b)) a právo na prístup k zariadeniam poskytujúcim služby (čl. 19 písm. c)) sú hospodárskymi, kultúrnymi a sociálnymi právami. Ich postupná realizácia znamená „*naliehavú povinnosť navrhnuť a prijať konkrétne stratégie, akčné plány a zdroje na rozvoj podporných služieb a zároveň sprístupňovať osobám so zdravotným postihnutím existujúce aj nové všeobecné služby*“³⁰ a vyžadujú si aj štrukturálne zmeny, najmä deinštitucionalizáciu. Miera voľnosti štátov pri tejto realizácii však súvisí s implementáciou a netýka sa samotnej otázky nahradenia zariadení ústavnej starostlivosti podpornými službami.³¹

Výbor zároveň vydal aj **d ďalšie všeobecné komentáre** nápomocné pre vysvetlenie napĺňania konkrétnych článkov. Doteraz Výbor vydal všeobecné komentáre aj k článku 12 (Rovnosť pred zákonom), čl. 9 (Prístupnosť), čl. 6 (Ženy so zdravotným postihnutím), čl. 24 (Vzdelávanie), čl. 5 (Rovnosť a nediskriminácia), čl. 4 ods. 3. a čl. 33 ods. 3 o účasti osôb so zdravotným postihnutím vrátane detí so zdravotným postihnutím prostredníctvom ich reprezentatívnych organizácií na implementácii a monitorovaní dohovoru, a návrh Všeobecného komentáru k čl. 27 (Práca a zamestnávanie).³²

²⁴ Tamže.

²⁵ Tamže, para. 60.

²⁶ Tamže, para. 67.

²⁷ Tamže, para. 28.

²⁸ Tamže, para 30.

²⁹ Tamže, para 39.

³⁰ Tamže.

³¹ Tamže, para 42.

³² Výbor pre práva osôb so zdravotným postihnutím: „Všeobecné komentáre“, dostupné v angličtine na <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/crpd/general-comments>, vybrané všeobecné komentáre dostupné v slovenčine na <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/tazke-zdravotne-postihnutie/kontaktne-miesto-prava-osob-so-zdravotnym-postihnutim/dokumenty-3.html>.

Slovenská republika predložila Výboru v roku 2012 aj Východiskovú správu,³³ ktorá bola Výborom posúdená v roku 2016, pričom jeho záverečné odporúčania sa týkajú aj článku 19.³⁴ Výbor vyjadril znepokojenie nad vysokým počtom inštitucionalizovaných osôb, najmä žien so zdravotným postihnutím³⁵ a detí so zdravotným postihnutím³⁶; nad príliš pomalým a čiastkovým pokrokom v oblasti deinštitucionalizácie; nad pokračujúcimi investíciami zo štátneho rozpočtu do inštitúcií a nedostatkom podpory pre osoby s postihnutím pre nezávislý život a zapojenie do spoločnosti.³⁷ **Výbor bol znepokojený aj nerovnomernosťou vo finančnej podpore a územnom pokrytí komunitných sociálnych služieb,**

vrátane tých pre staršie osoby so zdravotným postihnutím.³⁸

K spojenému druhému a tretiemu cyklu hodnotenia napĺňania Dohovoru poslal v roku 2019 Výbor Slovenskej republiky zoznam otázok³⁹, v rámci ktorých sa okrem iného zaujímal o pokrok v procese deinštitucionalizácie a poskytovania podporných služieb pre osoby so zdravotným postihnutím (individualizovaná podpora vrátane osobnej asistencie), prijaté opatrenia s cieľom zabrániť opätovnej reinštitucionalizácii osôb vo vyššom veku a informácie ohľadom presmerovania rozpočtových prostriedkov smerom ku komunitnej starostlivosti.⁴⁰

³³ Výbor pre práva osôb so zdravotným postihnutím: *Posúdenie správ predložených zmluvnými štátmi podľa článku 35 Dohovoru. Slovenská republika*, CRPD/C/SVK/1, 24. septembra 2014, dostupné v angličtine na <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/170/17/PDF/G1417017.pdf?OpenElement>, v slovenčine na <https://www.employment.gov.sk/files/vychodiskova-sprava-sr-k-dohovoru-pravach-osob-so-zdravotnym-postihnutim.pdf>. Informácie od Slovenského národného strediska pre ľudské práva k Východiskovej správe dostupné na https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=INT%2FCRPD%2FIFL%2FSVK%2F21323&Lang=en. Pozri aj Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky: *Národná stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti*, marec 2021, s. 8, dostupné v slovenčine na <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/narodna-strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-nahradnej-starostlivosti-2021.pdf>.

³⁴ Výbor pre práva osôb so zdravotným postihnutím: *Záverečné odporúčania k východiskovej správe Slovenska*, CRPD/C/SVK/CO/1, 17. mája 2016, para 55, dostupné v angličtine na https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CRPD%2FC%2FSVK%2FCO%2F1&Lang=en.

³⁵ Tamže.

³⁶ Tamže, para 23.

³⁷ Tamže, para 55.

³⁸ Tamže, para 57.

³⁹ Výbor pre práva osôb so zdravotným postihnutím: *Zoznam otázok, ktorý predchádza predloženiu spojenej druhej a tretej periodickej správy Slovenskej republiky*, CRPD/C/SVK/QPR/2-3, 23. októbra 2019, dostupné v angličtine na https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CRPD%2FC%2FSVK%2FQPR%2F2-3&Lang=en. Neoficiálny preklad do slovenského jazyka dostupný na https://www.nrozp.sk/images/otazky_vyboru_crpdc_pre_vladu_sr_sk.pdf. Pre odpoveď na zoznam otázok pozri LP/2020/258 Kombinovaná druhá a tretia pravidelná správa, v medzirezortnom pripomienkovom konaní, dostupné v slovenčine na <https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/-/SK/dokumenty/LP-2020-258>, a v angličtine na https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CRPD%2FC%2FSVK%2F2-3&Lang=en. Informácie od Slovenského národného strediska pre ľudské práva dostupné na https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=INT%2FCRPD%2FIFR%2FSVK%2F35712&Lang=en.

⁴⁰ Výbor pre práva osôb so zdravotným postihnutím: *Zoznam otázok, ktorý predchádza predloženiu spojenej druhej a tretej periodickej správy Slovenskej republiky*, CRPD/C/SVK/QPR/2-3, 23. októbra 2019, para. 19, dostupné v angličtine na https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CRPD%2FC%2FSVK%2FQPR%2F2-3&Lang=en.

Všeobecný komentár č. 5 okrem iného uvádza aj vzťahy medzi článkom 19 a inými základnými medzinárodnými ľudskoprávnymi dohovormi, keďže toto právo je „hlboko zakorenené v medzinárodnom práve a ľudských právach“.⁴¹ Takýmito zdrojmi sú **Všeobecná deklarácia ľudských práv**, ktorá uvádza „vzájomnú závislosť medzi osobným rozvojom jednotlivca a sociálnym aspektom potreby začlenenia do spoločnosti“⁴² (čl. 29 ods. 1); **Medzinárodný pakt o občianskych a politických právach** – právo na slobodu pohybu a slobodu voľby bydliska (čl. 12); **Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach** – právo na primeranú životnú úroveň (čl. 11) a ich všeobecné komentáre.⁴³ **Dohovor o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien** presadzuje rovnosť medzi mužmi a ženami, vrátane práv-

nej spôsobilosti (čl. 15 ods. 2) a slobody voľby obydľia a bydliska (čl. 15 ods. 4).⁴⁴ V neposlednom rade **Dohovor o právach dieťaťa** okrem iného stanovuje v čl. 23 ods. 1, že „*duševne alebo telesne postihnuté dieťa má požívať plný a riadny život v podmienkach zabezpečujúcich dôstojnosť, podporujúcich sebadôveru a umožňujúcich aktívnu účasť dieťaťa v spoločnosti*“.⁴⁵ V záverečných odporúčaniach Výboru OSN pre práva dieťaťa ku Konsolidovanej tretej, štvrtej a piatej periodickej správe Slovenska zároveň Výbor pre práva dieťaťa naliehavo žiada Slovensko „*uprednostniť rodinnú a komunitnú starostlivosť a plne sa zapájať k implementácii „politiky deinštitucionalizácie“ s cieľom zabezpečiť, aby deti so zdravotným postihnutím už nežili v segregovaných ústavných zariadeniach*“.⁴⁶

⁴¹ Výbor pre práva osôb so zdravotným postihnutím: Všeobecný komentár č. 5 (2017) k nezávislému spôsobu života a začleneniu do spoločnosti, CRPD/C/GC/5, 27. októbra 2017, para. 9, dostupné v angličtine na <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/328/87/PDF/G1732887.pdf?OpenElement>.

⁴² Tamže.

⁴³ Tamže, para. 13.

⁴⁴ Tamže, para. 10. Pozri aj Výbor pre odstránenie diskriminácie žien: Všeobecné odporúčanie č. 18: ženy so zdravotným postihnutím, 1991, dostupné v angličtine na https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDAW_GEC_4729_E.pdf.

⁴⁵ Dostupné v angličtine na <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>, v slovenčine na <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/narodne-koordinacne-stredisko/dohovor-pravach-dietata.pdf>. Pozri aj Výbor pre práva dieťaťa: Všeobecný komentár č. 9 (2006). Práva detí so zdravotným postihnutím, CRC/C/GC/9/, 27. februára 2007, dostupné v angličtine na https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGC%2f9&Lang=en.

⁴⁶ Výbor pre práva dieťaťa: Záverečné odporúčania ku konsolidovanej tretej až piatej periodickej správe Slovenska, CRC/C/SVK/CO/3-5, 20. júla 2016, para. 37 (d), dostupné v angličtine na <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/159/57/PDF/G1615957.pdf?OpenElement>, pozri aj Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky: Národná stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti, marec 2021, s. 9, dostupné v slovenčine na <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/narodna-strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-nahradnej-starostlivosti-2021.pdf>.

V roku 2014 vydal Úrad vysokého komisára OSN pre ľudské práva aj **Tematickú štúdiu o práve osôb so zdravotným postihnutím na nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti**.⁴⁷ Štúdia zdôrazňuje, že „osobná asistencia je účinným prostriedkom na zabezpečenie práva na nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti spôsobmi, ktoré rešpektujú prirodzenú dôstojnosť, individuálnu autonómiu a nezávislosť osôb so zdravotným postihnutím“⁴⁸ a mala by byť dostupná všetkým osobám so zdravotným postihnutím.⁴⁹ Vo vzťahu k možnej kritike finančnej náročnosti poskytovania kvalitných a individualizovaných komunitných služieb štúdia uvádza, že tieto si skutočne môžu vyžadovať prvotné investície. Inkluzívne zapojenie ľudí s postihnutím do spoločnosti vrátane pracovného života je však v konečnom dôsledku efektívnejšie aj z hľadiska finančných nákladov.⁵⁰ Samotné osoby so zdravotným postihnutím sú zároveň „najlepšími expertmi

ohľadom svojich potrieb“⁵¹ a preto by mali byť finančné prostriedky smerované samotným znevýhodneným osobám namiesto poskytovateľom služieb, čím sa zmení paradigma kontroly a výberu a zvýši sa kvalita poskytovaných služieb.⁵²

V roku 2022 vyšlo aj nové **Usmernenie o deinštitucionalizácii, vrátane núdzových situácií**, ktorá bola vytvorená na základe širokého participatívneho procesu a prináša skúsenosti osôb so zdravotným postihnutím s inštitucionalizáciou aj počas pandémie COVID-19.⁵³ Obsahuje aj usmernenie ohľadom komunitných sociálnych služieb a inkluzívnych komunitných podporných služieb a sietí.⁵⁴ V súčasnosti sa ďalej pripravuje aj usmernenie a duševnom zdraví a ľudských právach.⁵⁵

Osobitné postupy Rady OSN pre ľudské práva vrátane osobitných spravodajcov takisto prispievajú štúdiami ohľa-

⁴⁷ Úrad vysokého komisára OSN pre ľudské práva: *Tematická štúdia o práve osôb so zdravotným postihnutím na nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti*, A/HRC/28/37, 12. decembra 2014, dostupné v angličtine na <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/241/66/PDF/G1424166.pdf?OpenElement>.

Štúdia vypracovaná na základe rezolúcie Rady OSN pre ľudské práva A/HRC/RES/25/20, dostupné v angličtine na <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/135/40/PDF/G1413540.pdf?OpenElement>. Následne bola v roku 2015 prijatá rezolúcia A/HRC/RES/28/4 - Právo osôb so zdravotným postihnutím na nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti na rovnakom základe s ostatnými, dostupné v angličtine na <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/071/96/PDF/G1507196.pdf?OpenElement>.

⁴⁸ Úrad vysokého komisára OSN pre ľudské práva: *Tematická štúdia o práve osôb so zdravotným postihnutím na nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti*, A/HRC/28/37, 12. decembra 2014, para. 63, dostupné v angličtine na <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/241/66/PDF/G1424166.pdf?OpenElement>.

⁴⁹ Tamže.

⁵⁰ Tamže, para 65.

⁵¹ Tamže, para 64.

⁵² Tamže, para 66.

⁵³ Výbor pre práva osôb so zdravotným postihnutím: *Usmernenie o deinštitucionalizácii, núdzových situácií*, CRPD/C/5, 10. októbra 2022, dostupné v angličtine na https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CRPD/C/5

⁵⁴ Tamže.

⁵⁵ Úrad vysokého komisára OSN pre ľudské práva a Svetová zdravotnícka organizácia: *Návrh usmernenia o duševnom zdraví, ľudských právach a legislatíve*, dostupné v angličtine na <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/calls-input/draft-guidance-mental-health-human-rights-legislation-who-ohchr>.

dom práva na nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti.⁵⁶ Správa osobitného spravodajcu pre mučenie a iné kruté, neludské alebo ponižujúce zaobchádzanie alebo trestanie z roku 2013 (A/HRC/22/53) sa venuje formám zneužívania v zdravotníckych zaradeniach vrátane osôb s psychosociálnym postihnutím.⁵⁷ Osobitná spravodajkyňa pre násilie páchané na ženách, jeho príčiny a dôsledky sa v roku 2012 (A/67/227) vo svojej správe venovala násiliu voči ženám so zdravotným postihnutím vrátane viacnásobného znevýhodnenia a viacnásobnej diskriminácie.⁵⁸ Osobitní spravodajcovia pre práva osôb so zdravotným postihnutím opísali ďalšie rôzne aspekty v súvislosti s právom na nezávislý spôsob života, vrátane práva osôb so zdravotným postihnutím na sociálnu ochranu (A/70/297),⁵⁹ situáciu starších ľudí so zdravotným postihnutím (A/74/186)⁶⁰ alebo prístup osôb so zdravotným postihnutím k podpore založenej na ľudských právach (A/HRC/34/58).⁶¹

Univerzálne periodické hodnotenie (UPH) je mechanizmus OSN na monitorovanie plnenia záväzkov členských štátov v oblasti ľudských práv. Ide o proces,

ktorý zahŕňa vzájomné periodické preskúvanie dodržiavania ľudských práv vo všetkých členských štátoch OSN. Slovenská republika bola doteraz v rámci tohto mechanizmu preskúmaná trikrát a v treťom kole UPH v roku 2019 jej bolo adresovaných 195 odporúčaní, z ktorých akceptovala 176.⁶² Dvadsaťjeden odporúčaní sa týkalo aj ľudských práv osôb so zdravotným postihnutím, vrátane akceptovaného odporúčania „podniknúť ďalšie kroky na poskytovanie sociálnych služieb a sociálnej pomoci všetkým osobám so zdravotným postihnutím, najmä deťom“.⁶³

Svetová zdravotnícka organizácia vydala v roku 2021 normatívny dokument s názvom **Usmernenie pre komunitné služby duševného zdravia: Podpora prístupov zameraných na človeka a prístupu založeného na právach**. Sériu publikácií uvádza informácie a príklady dobrej praxe pre transformáciu na komunitný systém služieb v oblasti duševného zdravia v súlade s medzinárodnými ľudskoprávnymi zásadami vrátane Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím.⁶⁴ Usmernenie má za cieľ predchádzať porušovaniu ľudských práv v systéme starostlivosti o duševné

⁵⁶ A Úrad vysokého komisára OSN pre ľudské práva: *Tematická štúdia o práve osôb so zdravotným postihnutím na nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti*, A/HRC/28/37, 12. decembra 2014, para. 11, dostupné v angličtine na <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/241/66/PDF/G1424166.pdf>.

⁵⁷ Dostupné v angličtine na <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G13/105/77/PDF/G1310577.pdf?OpenElement>.

⁵⁸ Dostupné v angličtine na <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N12/451/20/PDF/N1245120.pdf>.

⁵⁹ Dostupné v angličtine na <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/248/40/PDF/N1524840.pdf>.

⁶⁰ Dostupné v angličtine na <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/221/53/PDF/N1922153.pdf>.

⁶¹ Dostupné v angličtine na <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/436/64/PDF/G1643664.pdf>.

⁶² Individuálne podania a správy Slovenského národného strediska pre ľudské práva k preskúvaniu Slovenskej republiky v rámci UPH sú dostupné v angličtine na <https://www.snslp.sk/nasa-cinnost/monitoring-a-reporting/tematicke-spravy-a-ine-stanoviska/>.

⁶³ *Správa pracovnej skupiny k univerzálnemu periodickému hodnoteniu. Slovensko*, A/HRC/41/13, 16. apríla 2019, odporúčanie č. 121.155 (Bulharsko), dostupné v angličtine na <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G19/108/78/PDF/G1910878.pdf?OpenElement>.

⁶⁴ Dostupné v angličtine na <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240025707>.

zdravie: „starostlivosť o duševné zdravie odporúčaná v novom usmernení by sa mala nachádzať v komunite a nemala by zahŕňať len starostlivosť o duševné

zdravie, ale aj podporu každodenného života, ako je uľahčenie prístupu k ubytovaniu a prepojeniam so vzdelávaním a službami zamestnanosti.“⁶⁵

1.2 Rada Európy

Európska sociálna charta

Európska sociálna charta⁶⁶ je zmluva Rady Európy, ktorá zaručuje sociálne a hospodárske práva, konkrétne „širokú škálu každodenných ľudských práv týkajúcich sa zamestnania, bývania, zdravia, vzdelávania, sociálnej ochrany a sociálneho zabezpečenia.“⁶⁷ Kladie osobitný dôraz na skupinu osôb v zraniteľnej pozícii, vrátane osôb so zdravotným postihnutím. Slovenská republika

ratifikovala revidovanú Európsku sociálnu chartu v apríli 2009.⁶⁸

Relevantné články Európskej sociálnej charty pre oblasť nezávislého života osôb so zdravotným postihnutím a začlenenia do spoločnosti vrátane poskytovania komunitných sociálnych služieb sú nasledovné:⁶⁹

- Článok 15 zaručuje právo osôb so zdravotným postihnutím na nezávislosť, na sociálnu integráciu a na účasť na živote spoločnosti,⁷⁰
- Článok 14 zaručuje právo na prospech zo sociálnych služieb, vrátane toho, že sa „zmluvné strany zaväzujú podporovať alebo organizovať služby použitím metód sociálnej práce, ktoré pomôžu blahobytu a rozvoju jednotlivcov

⁶⁵ Svetová zdravotnícka organizácia: „Nové usmernenie Svetovej zdravotníckej organizácie sa snaží skončiť s porušovaním ľudských práv v starostlivosti o duševné zdravie“, 10. júna 2021, dostupné v angličtine na <https://www.who.int/news/item/10-06-2021-new-who-guidance-seeks-to-put-an-end-to-human-rights-violations-in-mental-health-care>.

⁶⁶ Dostupné v angličtine na <https://rm.coe.int/168007cf93> a v slovenčine na <https://www.employment.gov.sk/files/legislative/dokumenty-zoznamy-pod/europska-socialna-charta-revidovana.pdf>.

⁶⁷ Rada Európy: „Európska sociálna charta“, dostupné v angličtine na <https://www.coe.int/en/web/european-social-charter>.

⁶⁸ Slovenská republika podpísala aj Dodatokový protokol k Európskej sociálnej charte zakladajúci systém kolektívnych sťažností v novembri 1999, avšak nepokračovala ratifikáciou. V súčasnosti teda nie je možné podávať kolektívne sťažnosti voči Slovenskej republike. Dostupné v angličtine na <https://www.coe.int/en/web/conventions/-/council-of-europe-additional-protocol-to-the-european-social-charter-providing-for-a-system-of-collective-complaints-ets-no-158-translations>, neoficiálny preklad do slovenského jazyka dostupný na <https://rm.coe.int/16802edde0>.

⁶⁹ Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky: *Národná stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti*, marec 2021, s. 9, dostupné v slovenčine na <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/narodna-strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-nahradnej-starostlivosti-2021.pdf>.

⁷⁰ Slovenská republika však neprijala ustanovenie čl. 15 ods. 3, ktoré znie nasledovne: (...osobám so zdravotným postihnutím všetkých vekových kategórií bez ohľadu na povahu a pôvod ich zdravotného postihnutia sa zmluvné strany zaväzujú predovšetkým) „podporovať ich plnú sociálnu integráciu a účasť na živote spoločnosti hlavne opatreniami vrátane technickej pomoci, ktoré sa snažia preklenúť komunikačné prekážky a prekážky mobility, a ktoré im umožnia prístup k dopravným prostriedkom, bývaniu, kultúrnym činnostiam a zábave.“ Pre všetky prijaté ustanovenia pozri v angličtine <https://rm.coe.int/country-by-country-table-of-accepted-provisions/1680630742>. Pre monitoring neprijatých ustanovení na základe čl. 22 Európskej sociálnej charty (1961) pozri v angličtine <https://www.coe.int/en/web/european-social-charter/slovak-republic>.

a skupín v spoločenstve a ich prispôsobeniu sa sociálnemu prostrediu.“ (čl. 14 ods. 1) a podporovanie účasti osôb alebo organizácii pri ich zriaďovaní (čl. 14 ods. 2),

- Článok 17 zaručuje právo detí a mladistvých na sociálnu, právnu a hospodársku ochranu,
- Článok 23 zaručuje právo starších osôb na sociálnu ochranu,
- Článok 30 zaručuje právo na ochranu pred chudobou a sociálnym vylúčením.

Slovenská republika každoročne pripravuje správu o implementácii záväzkov, ktoré jej vyplývajú z Európskej sociálnej charty (revidovanej), v súlade s čl. 23 ods. 1 a čl. 27 ods. 2 Európskej sociálnej charty pre potreby Európskeho výboru pre sociálne práva, ktorý je monitorovacím mechanizmom Rady Európy. Európsky výbor pre sociálne práva následne vyhodnocuje súlad, respektíve nesúlad zmluvných štátov s Európskou sociálnou chartou a jej jednotlivými ustanoveniami. Od roku 2006 je monitorovanie rozdelené do štyroch tematických skupín: (1) zamestnanosť, odborná príprava a rovnaké príležitosti; (2) zdravie, sociálne zabezpečenie a sociálna ochrana; (3) pracovné práva; a (4) práva dieťaťa, rodinné práva a práva migrantov. Na základe tohto rozdelenia sa každé ustanovenie Európskej sociálnej charty monitoruje raz za štyri roky.⁷¹

Pri preskúmvaní implementácie čl. 14 v roku 2017 sa Výbor zaujímal o organizáciu a fungovanie systému sociálnych služieb v Slovenskej republike (s ohľadom na ich dostupnosť pre všetky osoby, ktoré ich potrebujú, vrátane ľudí so zdravotným postihnutím).⁷² Slovenská republika informovala o implementácii

čl. 14 vo svojej správe v roku 2021.⁷³ Záverečné odporúčania Výboru ohľadom Slovenskej republiky vo vybraných článkoch Európskej sociálnej charty v 2. tematickej skupine (zdravie, sociálne zabezpečenie a sociálna ochrana) z roku 2021 pokrývali roky 2016-2019.⁷⁴ Okrem iného Výbor na základe alternatívnej správy koalície mimovládnych ľudskoprávných organizácií⁷⁵ poznamenal, že „Slovenská republika sa vo veľkej miere opiera o ústavnú starostlivosť pre osoby so zdravotným postihnutím (vrátane psychiatrických nemocníc), a že proces deinštitucionalizácie je pomalý, často kvôli opozícii od miestnych a regionálnych orgánov.“⁷⁶

Výbor ďalej na základe rovnakého zdroja spomenul ďalšie problémy vrátane neexistencie moratória na prijímanie nových klientov do inštitúcií, slabo rozvinuté komunitné služby vrátane osobnej asistencie, poddimenzované financovanie komunitných služieb oproti inštitucionálnej starostlivosti a nedostatok podpory, nedostatočný prístup k spravodlivosti a rehabilitácii pre obeť s intelektuálnym a psychosociálnym postihnutím, ktoré žijú v inštitucionálnej starostlivosti vrátane osôb, ktoré

⁷¹ Rada Európy: „Systém podávania správ Európskej sociálnej charty“, dostupné v angličtine na <https://www.coe.int/en/web/european-social-charter/reporting-system>.

⁷² Európsky výbor pre sociálne práva: *Záverečné odporúčania 2017. Slovenská republika*, január 2018, s. 37-43, dostupné v angličtine na <https://www.coe.int/en/web/european-social-charter/slovak-republic>.

⁷³ 11. národná správa o implementácii Európskej sociálnej charty, 16. februára 2021, dostupné v angličtine na <https://rm.coe.int/rap-cha-svk-11-2021/1680a1736b>.

⁷⁴ Európsky výbor pre sociálne práva: *Záverečné odporúčania 2021. Slovenská republika*, marec 2022, dostupné v angličtine na <https://rm.coe.int/conclusions-2021-slovak-republic-en/1680a5da18>.

⁷⁵ *Pripomienky Forum for Human Rights, Validity Foundation, Socia – Nadácia na podporu sociálnych zmien k 11. národnej správe o implementácii Európskej sociálnej charty*, 1. júla 2021, dostupné v angličtine na <https://rm.coe.int/comments-ngos-11th-nr-slovak-republic-2021/1680a334d3>.

⁷⁶ Európsky výbor pre sociálne práva: *Záverečné odporúčania 2021. Slovenská republika*, marec 2022, s. 24-25, dostupné v angličtine na <https://rm.coe.int/conclusions-2021-slovak-republic-en/1680a5da18>.

sa sťažujú, že trpeli zlým zaobchádzaním.⁷⁷ Vláda Slovenskej republiky vo svojej národnej správe predstavila novú Národnú stratégiu deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti. Keďže Slovenská republika neuviedla dostatočné odpovede na otázky Výboru, tento požiadal o odpo-

vede na ďalšie otázky a konkrétne dáta ohľadom deinštitucionalizácie a prístupu ku komunitným sociálnym službám pre potreby ďalšieho hodnotenia súladu Slovenskej republiky s ustanovením článku 11 ods. 3 Európskej sociálnej charty v budúcom hodnotení v roku 2026.⁷⁸

1.3 Európska únia

Zmluva o fungovaní Európskej únie a Charta základných práv Európskej únie sú kľúčové dokumenty pre boj proti všetkým formám diskriminácie a stanovujú rovnosť za základ politik EÚ.⁷⁹ Samotná Európska únia je zároveň ako zmluvná strana viazaná aj Dohovorom OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím, ktorý ratifikovala v roku 2010 ako prvú medzinárodnú ľudskoprávnú zmluvu.⁸⁰

Vyššie spomenutá Európska sociálna charta pritom zároveň slúži aj ako referenčný bod pre formovanie práva a politik Európskej únie.⁸¹ Väčšina sociálnych práv **Charty základných práv Európskej únie** zodpovedá aj príslušným článkom Európskej sociálnej charty.⁸² S ohľadom na tému komunitných sociálnych služieb zaručuje článok 26 Charty základných práv Európskej únie⁸³ integráciu osôb so zdravotným postihnutím:

Článok 26

Integrácia osôb so zdravotným postihnutím

Únia uznáva a rešpektuje právo osôb so zdravotným postihnutím využívať opatrenia, ktoré sú určené na zabezpečenie ich nezávislosti, sociálnej integrácie a integrácie v zamestnaní a účasti na spoločenskom živote.

⁷⁷ Európsky výbor pre sociálne práva: *Záverečné odporúčania 2021. Slovenská republika, marec 2022, s. 25, dostupné v angličtine na <https://rm.coe.int/conclusions-2021-slovak-republic-en/1680a5da18>.*

⁷⁸ Tamže. Výbor poznamenal, že článok 15 ods. 3 Európskej sociálnej charty zvyčajne poskytuje možnosť preskúmať proces deinštitucionalizácie. Keďže Slovenská republika toto ustanovenie neratifikovala, táto otázka sa posudzuje podľa článku 11 ods. 3 Európskej sociálnej charty.

⁷⁹ Európska komisia: *Únia rovnosti: Stratégia v oblasti práv osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021 – 2030*, 3. marca 2021, dostupné v slovenčine na <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/?uri=COM:2021:101:FIN#PP4Contents>.

⁸⁰ Európska komisia: „Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím“, dostupné v angličtine na <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=1138>.

⁸¹ Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky: *Národná stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti*, marec 2021, s. 9, dostupné v slovenčine na <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/narodna-strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-nahradnej-starostlivosti-2021.pdf>.

⁸² Rada Európy: „Európska sociálna charta“, dostupné v angličtine na <https://www.coe.int/en/web/european-social-charter>.

⁸³ Dostupné v slovenčine na <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT&from=LT>

Ďalším nápomocným zdrojom je aj dokument **Únia rovnosti: Stratégia v oblasti práv osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021 – 2030**⁸⁴ prijatý v marci 2021, ktorý nadväzuje na predchádzajúcu **Európsku stratégiu pre oblasť zdravotného postihnutia pre roky 2010 - 2020**⁸⁵. V oblasti posilnenia komunitných služieb a nezávislého spôsobu života stratégia pripomína, že „*nezávislý život si vyžaduje diferencovanú štruktúru kvalitných, prístupných a cenovo dostupných komunitných a rodinných služieb zameraných na jednotlivca, ktoré zahŕňajú osobnú asistenciu, lekársku starostlivosť a zásahy sociálnych pracovníkov. Tým sa pre osoby so zdravotným postihnutím a ich rodiny uľahčujú každodenné činnosti a poskytuje sa im výber.*“⁸⁶ Uvedená stratégia identifikuje aj problémy, ku ktorým patrí nedostatok komunitných služieb, bývania, technickej pomoci, obmedzená dostupnosť podpory pre rodiny, obmedzená do-

stupnosť osobnej asistencie a služieb v oblasti duševného zdravia, rozdielnosť v kvalite poskytovaných služieb naprieč členskými štátmi, nedostupnosť služieb pre obyvateľov vidieckych oblastí (vrátane seniorov) a nedostatok pracovnej sily a náročnosť práce v sektore poskytovania služieb.⁸⁷ Európska komisia sa v dokumente zaviazala podporovať členské štáty v procese deinštitucionalizácie smerom k nezávislému spôsobu života, vrátane pomocou fondov zdieľaného riadenia na roky 2021 - 2027, zložky obnovy v Pláne obnovy a odolnosti a iných finančných nástrojov.⁸⁸

Európsky pilier sociálnych práv⁸⁹ a jeho **akčný plán**⁹⁰ takisto uvádzajú, že osoby so zdravotným postihnutím majú právo na služby, ktoré im umožnia sa zapojiť do života spoločnosti a na trh práce, a príjem, ktorý im zaručuje dôstojný život.⁹¹

⁸⁴ Európska komisia: *Únia rovnosti: Stratégia v oblasti práv osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021 – 2030*, 3. marca 2021, dostupné v slovenčine na <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/?uri=COM:2021:101:FIN#PP4Contents>.

⁸⁵ Európska komisia: *Európska stratégia pre oblasť zdravotného postihnutia 2010 – 2020: obnovený záväzok vybudovať Európu bez bariér*, dostupné v slovenčine na <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/PDF/?uri=CELEX:52010DC0636&from=en>.

⁸⁶ Európska komisia: *Únia rovnosti: Stratégia v oblasti práv osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021 – 2030*, 3. marca 2021, bod 7, dostupné v slovenčine na <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/?uri=COM:2021:101:FIN#PP4Contents>.

⁸⁷ Tamže.

⁸⁸ Tamže. Pozri aj *Stanovisko na záver misie osobitného spravodajcu OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím*, p. Gerarda Quinna, ohľadom jeho návštevy Európskej únie, 31. marca 2022, dostupné v angličtine na <https://www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-disability/country-visits>.

⁸⁹ Európska komisia: *Európsky pilier sociálnych práv v 20 zásadách*, dostupné v slovenčine na https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_sk.

⁹⁰ Európska komisia: *Akčný plán na realizáciu Európskeho piliera sociálnych práv*, dostupné v slovenčine na https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-action-plan_sk.

⁹¹ Európska komisia: *Európsky pilier sociálnych práv v 20 zásadách*, zásada č. 17, dostupné v slovenčine na https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_sk.



20

2. Politiky Slovenskej republiky v oblasti komunitnej starostlivosti a poskytovania sociálnych služieb

2.1 Zákonná úprava poskytovania sociálnych služieb

Najvýznamnejšou zmenou, ktorá ovplyvnila rozvoj poskytovania sociálnych služieb na Slovensku, bolo prijatie nového Zákona o sociálnych službách v roku 2009, ktorý reagoval na viaceré

nedostatky dovtedajšej právnej úpravy. Jednou zo zásadných zmien je ustanovenie práva na zabezpečenie sociálnej služby: „Fyzická osoba má právo

- a) *na poskytovanie sociálnej služby, ktorá svojím rozsahom, formou a spôsobom poskytovania umožňuje realizovať jej základné ľudské práva a slobody, zachováva jej ľudskú dôstojnosť, aktivizuje ju k posilneniu sebestačnosti, zabráňuje jej sociálnemu vylúčeniu a podporuje jej začlenenie do spoločnosti,*
- b) *na zabezpečenie dostupnosti informácií v jej zrozumiteľnej forme o druhu, mieste, cieľoch a spôsobe poskytovania sociálnej služby, o úhrade za sociálnu službu a o cieľovej skupine, ktorej je poskytovaná.“⁹²*

Takto explicitne formulovaný nárok odvolávajúci sa na ľudské práva bol výrazným kvalitatívnym posunom v porovnaní so Zákonom č. 195/1998 Z.z. o sociálnej pomoci, ktorý síce upravoval podmienky poskytovania sociálnych služieb, ale nestanovoval právo na ich poskytnutie v prípade potreby. Súčasný zákon zároveň vymedzuje sociálnu službu ako súbor činností, ktoré sú

okrem iného zamerané na „zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti“⁹³, čo je v súlade s vyššie spomínanými medzinárodnými záväzkami. Snaha o čo najvyššie začlenenie sa do spoločnosti sa prejavuje aj v definícii povinností poskytovateľa sociálnej služby:

- a) *prihliadať na individuálne potreby prijímateľa sociálnej služby,*
- b) *aktivizovať prijímateľa sociálnej služby podľa jeho schopností a možností,*
- c) *poskytovať sociálnu službu na odbornej úrovni,*
- d) ***spolupracovať s rodinou, obcou a komunitou pri utváraní podmienok na návrat prijímateľa sociálnej služby poskytovanej v zariadení s celoročnou pobytovou formou do prirodzeného rodinného prostredia alebo komunitného prostredia s prednostným poskytovaním sociálnej služby terénnou formou, ambulantnou formou alebo týždennou pobytovou formou, a to so súhlasom prijímateľa sociálnej služby a pri rešpektovaní jeho osobných cieľov, potrieb, schopností a zdravotného stavu.⁹⁴***

Napĺňanie posledného bodu však nie je možné sledovať, keďže v súčasnosti nie sú dostupné individualizované dáta o úspešnosti návratu do prirodzeného sociálneho prostredia.

⁹² §6 ods. 2 Zákona o sociálnych službách.

⁹³ §2 ods. 1 písm. b Zákona o sociálnych službách.

⁹⁴ §7 Zákona o sociálnych službách.

Zákon rozpoznáva tri formy poskytovania sociálnych služieb – terénnu, ambulantnú a pobytovú. Ambulantná forma sociálnej služby sa poskytuje fyzickej osobe, ktorá dochádza, je sprevádzaná alebo je dopravovaná do miesta poskytovania sociálnej služby. Miestom poskytovania ambulantnej sociálnej služby môže byť aj zariadenie.⁹⁵ Terénna forma sociálnej služby sa poskytuje fyzickej osobe v jej prirodzenom sociálnom prostredí alebo v jej domácom prostredí.⁹⁶ Pobytová sociálna služba v zariadení sa poskytuje, ak súčasťou sociálnej služby je ubytovanie. Pobytová sociálna služba sa poskytuje ako celoročná sociálna služba alebo týždenná sociálna služba,⁹⁷ pričom prednosť má týždenná sociálna služba a **poskytovanie terénnej alebo ambulantnej sociálnej služby má zároveň prednosť pred pobytovou sociálnou službou. Pobytová sociálna služba by sa mala využívať len vtedy, ak terénna alebo ambulantná sociálna služba**

nie je vhodná, účelná alebo dostatočne nerieši nepriaznivú sociálnu situáciu fyzickej osoby.⁹⁸

Zákon zároveň upravuje, do akej miery môžu poplatky za sociálne služby zasiahnuť do príjmu osôb so zdravotným znevýhodnením. Okrem prípadov, keď ide o poskytovateľa s cieľom dosiahnuť zisk, musí prijímateľovi alebo prijímateľke ostať po zaplatení úhrady za opatrovateľskú službu a ambulantnú sociálnu službu v zariadení bez poskytovania stravovania minimálne 1,65-násobok životného minima pre jednu plnoletú fyzickú osobu. V prípade ambulantnej sociálnej služby v zariadení s poskytovaním stravovania musí prijímateľovi alebo prijímateľke zostať najmenej suma životného minima pre jednu plnoletú fyzickú osobu.⁹⁹ Ak je príjem nižší alebo rovný sume uvedenej vyššie, prijímateľ nie je povinný platiť za sociálnu službu.¹⁰⁰

2.2 Strategické dokumenty týkajúce sa poskytovania sociálnych služieb

Na vnútroštátnej úrovni bolo prijatých viacero dokumentov, resp. stratégií zaoberajúcich sa prístupom osôb so zdravotným znevýhodnením k sociálnym službám, ktoré ako hlavné priority uvádzajú potrebu deinštitucionalizácie a podpory komunitnej starostlivosti a sociálneho začleňovania osôb so zdravotným znevýhodnením. Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021 – 2030¹⁰¹ explicitne uvádza konkrétne ciele:

- 4.2.2 Aktualizácia Stratégie deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a systému náhradnej starostlivosti
- 4.2.3 Aktívna podpora prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť a podpora sociálneho začleňovania
- 4.2.4 Informačná kampaň na podporu komunitnej starostlivosti a sociálneho začleňovania.

⁹⁵ §13 ods. 2 Zákona o sociálnych službách.

⁹⁶ §13 ods. 3 Zákona o sociálnych službách.

⁹⁷ §13 ods. 5 Zákona o sociálnych službách.

⁹⁸ §13 ods. 6 Zákona o sociálnych službách.

⁹⁹ §72 ods. 1,2,5 Zákona o sociálnych službách.

¹⁰⁰ §72 ods. 6 Zákona o sociálnych službách.

¹⁰¹ Dostupné na: https://www.komisarprezdravotnepostihnutyh.sk/getmedia/f5d309c8-6eaa-48f9-b590-ef7d776ddfd7/Material_NPRZPOZP_2021-2030.aspx

Za plnenie týchto cieľov je zodpovedné MPSVaSR a realizovať sa majú priebežne od roku 2021 v spolupráci so všetkými zainteresovanými subjektami vrátane samospráv, mimovládnych organizácií, poskytovateľov a prijímateľov a prijímateľiek sociálnych služieb a profesijných organizácií. Spomínaná Stratégia deinštitucionalizácie ako hlavný zámer uvádza vytvorenie a zabezpečenie podmienok pre nezávislý a slobodný život

všetkých ľudí odkázaných na pomoc, v prirodzenom sociálnom prostredí komunity s podporou odborníkov, členov rodiny, dobrovoľníkov a komunity. Dlhodobým cieľom je zabezpečiť individualizáciu uspokojovania potrieb klientov a klientiek, ktorým sa poskytujú sociálne služby alebo pre ktorých sa vykonávajú opatrenia v prirodzenom rodinnom prostredí alebo v zariadení

- dostupnosťou služieb a opatrení vykonávaných na úrovni komunity (rozvoj a podpora ambulantných a terénnych sociálnych služieb poskytovaných v domácom prostredí klienta a ambulantných a terénnych opatrení vykonávaných pre deti a ich rodiny v ich prirodzenom prostredí (vytváranie nových služieb a opatrení a/alebo rozširovanie a využívanie existujúcej siete komunitných služieb a opatrení),
- synergiou poskytovaných služieb, vykonávaných opatrení a ďalších zdrojov pomoci a podpory vrátane systému peňažných príspevkov na kompenzáciu sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia,
- ukončením prevádzky veľkokapacitných zariadení (prechod na zariadenia komunitného typu, podporné služby poskytované v komunitnom prostredí, resp. opatrenia vykonávané na úrovni komunity).¹⁰²

Rovnako ako Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím, aj Stratégia deinštitucionalizácie ako jeden z hlavných cieľov spomína zvýšenie informovanosti o práve osôb so zdravotným postihnutím žiť nezávislým spôsobom života a začleniť sa do spoločnosti. Nadväzujúci strednodobý cieľ Rozvoj sociálnych služieb na komunitnej úrovni už obsahuje konkrétne kroky vrátane podpory vybraných druhov sociálnych služieb na komunitnej úrovni, predovšetkým podpory samostatného bývania, domácej opatrovateľskej služby, odľahčovacej služby a siete ambulantných služieb ako prevencie inštitucionalizácie klientov a klientiek v zariadeniach sociálnych služieb vrátane seniorov. Ako merateľný ukazovateľ tohto opatrenia je uvedená „dostupná sieť sociálnych služieb“, z formulácie však nie je zrejmé, ako by mala dostupná

sieť vyzerat' a aké kritériá sa použijú na vyhodnotenie splnenia tohto ukazovateľa. Chýba zadefinovanie ideálnej siete jednotlivých sociálnych služieb buď podľa dojazdovej vzdialenosti, alebo na základe analýzy počtu a potrieb cieľovej skupiny. Na podporu nových poskytovateľov sociálnych služieb je zamieraný strednodobý cieľ zefektívniť systém viaczdrojového financovania komunitných služieb a opatrení na komunitnej úrovni. Mal by sa vytvoriť nový systém posudkovej činnosti a tiež nový systém financovania prostredníctvom adresného financovania konkrétnej osoby¹⁰³, čo je v súlade s vyššie spomínanými odporúčaniami v prvej kapitole.

Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2021-2030 rovnako ako predchádzajúce dokumenty zdôrazňujú potrebu komunitnej starostlivosti.

¹⁰² Národná stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti, s. 27, dostupné na: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/narodna-strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-nahradnej-starostlivosti-2021.pdf>

¹⁰³ Tamže, s. 33.

Národnou prioritou 1 je prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť a podporu s cieľom zabezpečenia dostupnosti rôznorodých sociálnych služieb komunitného charakteru v súlade s potrebami cieľových skupín sociálnych služieb. Špecificky sa spomína nielen deinštitucionalizácia v zmysle zmeny ubytovacích kapacít, ale aj potreba ľudskoprávneho prístupu k poskytovaniu sociálnych služieb, pričom sú potrebné komplexné riešenia zahŕňajúce všetky úrovne aktérov.¹⁰⁴ Národná priorita 3 Podpora prepájania sociálnych

služieb a neformálnej (najmä rodinnej) starostlivosti ako súčasti systému starostlivosti o osoby odkázané na pomoc inej fyzickej osoby vychádza z konceptu tzv. zdieľanej starostlivosti. Súčasťou napĺňania tejto priority je aj posilnenie reálnych podmienok pre uplatňovanie práva osôb odkázaných na pomoc inej fyzickej osoby vybrať si druh a formu podpory/pomoci, prostredie a poskytovateľa starostlivosti/sociálnej služby prostredníctvom zavedenia príspevku na starostlivosť podľa stupňa odkázanosti.¹⁰⁵

¹⁰⁴ Národný program rozvoja sociálnych služieb, s 14. Dostupné na: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/nprss-fin.pdf>

¹⁰⁵ Tamže, s. 15.



3. Dostupnosť vybraných typov sociálnych služieb

V rámci skúmania dostupnosti sociálnych služieb sme sa zamerali na priestorovú a finančnú dostupnosť ambulantných a terénnych sociálnych služieb, ktoré naplňajú definíciu komunitnej starostlivosti a sú alternatívou k inštitucionalizácii ľudí so zdravotným znevý-

hodnením. Zamerali sme sa preto konkrétne na opatrovateľské služby, denné stacionáre, zariadenia podporovaného bývania a ambulantnú starostlivosť v rehabilitačných strediskách a špecializovaných zariadeniach.

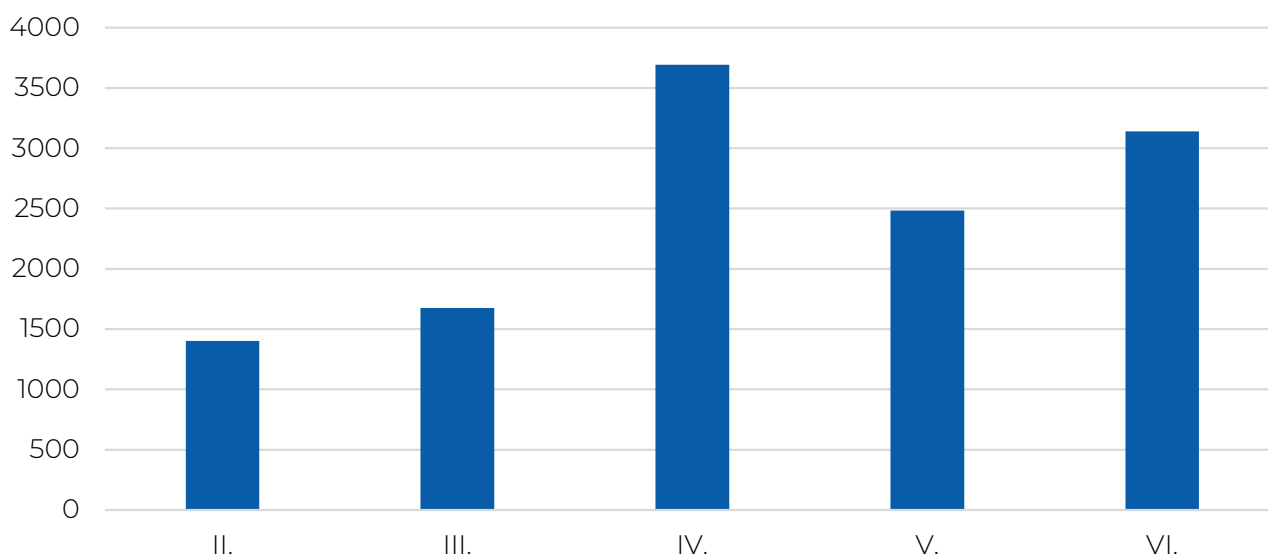
3.1 Terénna opatrovateľská služba

Opatrovateľská služba je poskytovaná osobe, ktorá je odkázaná na starostlivosť inej fyzickej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej II (zo VI). Poskytovanie opatrovateľskej služby je v kompetencii obcí, ktoré majú povinnosť ju buď poskytovať samy, alebo zabezpečiť jej poskytovanie prostredníctvom iného subjektu.¹⁰⁶ V tomto prípade je obec povinná poskytovať neverejnému poskytovateľovi sociálnej služby, ktorý neposkytuje sociálnu službu s cieľom dosiahnuť zisk a poskytuje opatrovateľskú službu, príspevok pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby pri úkonoch sebaobsluhy pri poskytova-

ní sociálnej služby.¹⁰⁷ Zároveň je povinná poskytovať finančný príspevok na prevádzku poskytovanej sociálnej služby neverejnému poskytovateľovi sociálnej služby, ktorý neposkytuje sociálnu službu s cieľom dosiahnuť zisk.¹⁰⁸

Opatrovateľskú službu možno poskytovať osobám, ktorých stupeň odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby je najmenej II. Je pozitívne, že sa poskytuje aj ľuďom s vysokým stupňom odkázanosti, ktorí by mali nárok na umiestnenie do pobytových zariadení, napr. špecializovaného zariadenia alebo domova sociálnych služieb (Graf 1).

Počet osôb využívajúcich obecnú opatrovateľskú službu podľa stupňa odkázanosti



Graf 1 Počet osôb využívajúcich obecnú opatrovateľskú službu podľa stupňa odkázanosti (zdroj: MPSVaR SR)

¹⁰⁶ §80 písm. e) Zákona o sociálnych službách.

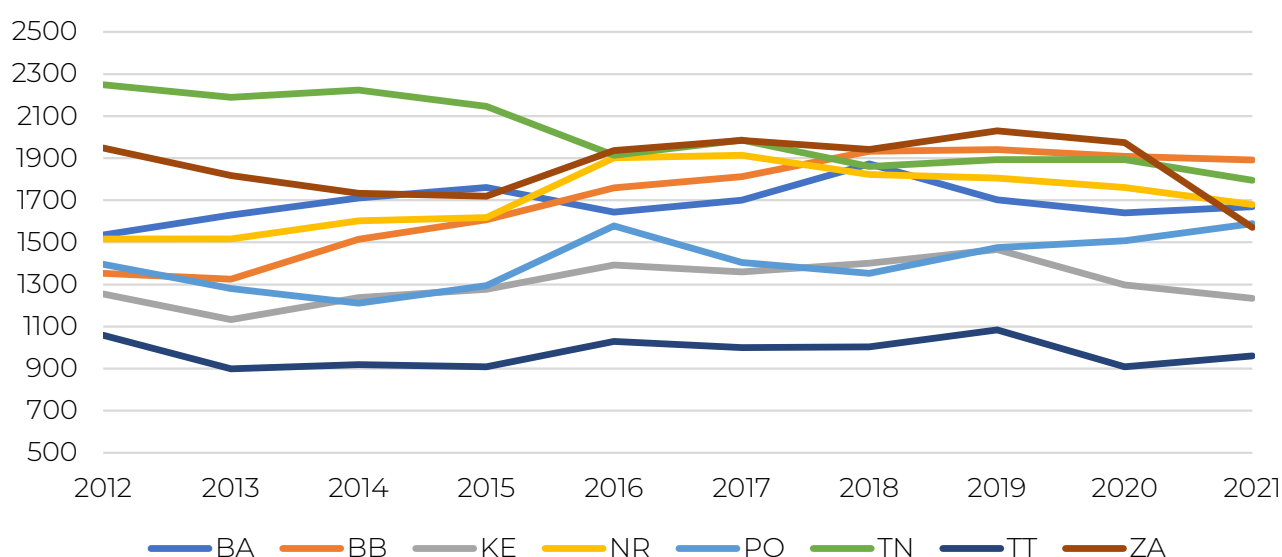
¹⁰⁷ §75 ods. 2 Zákona o sociálnych službách.

¹⁰⁸ §75 ods. 1 Zákona o sociálnych službách.

Počet klientov a klientiek obecných opatrovateľských služieb je v priebehu posledných desiatich rokov stabilný na celoslovenskej úrovni aj na úrovni samosprávnych krajov (Graf 2). Medzi jednotlivými krajinami sú však pomerne výrazné rozdiely, dlhodobo majú obecné opatrovateľské služby najmenej klientov a klientiek v Trnavskom kraji. Tento rozdiel je výrazný napriek tomu, že ide

o kraj s najnižším počtom obyvateľstva. Naopak, Košický kraj s druhým najnižším počtom klientov a klientiek opatrovateľskej služby je druhým najľudnatejším krajom. Tieto hodnoty korešpondujú s priestorovým rozložením jednotlivých obcí (Mapa 1) poskytujúcich opatrovateľskú službu, ktoré je opísané nižšie.

Počet klientov a klientiek obecnej opatrovateľskej služby



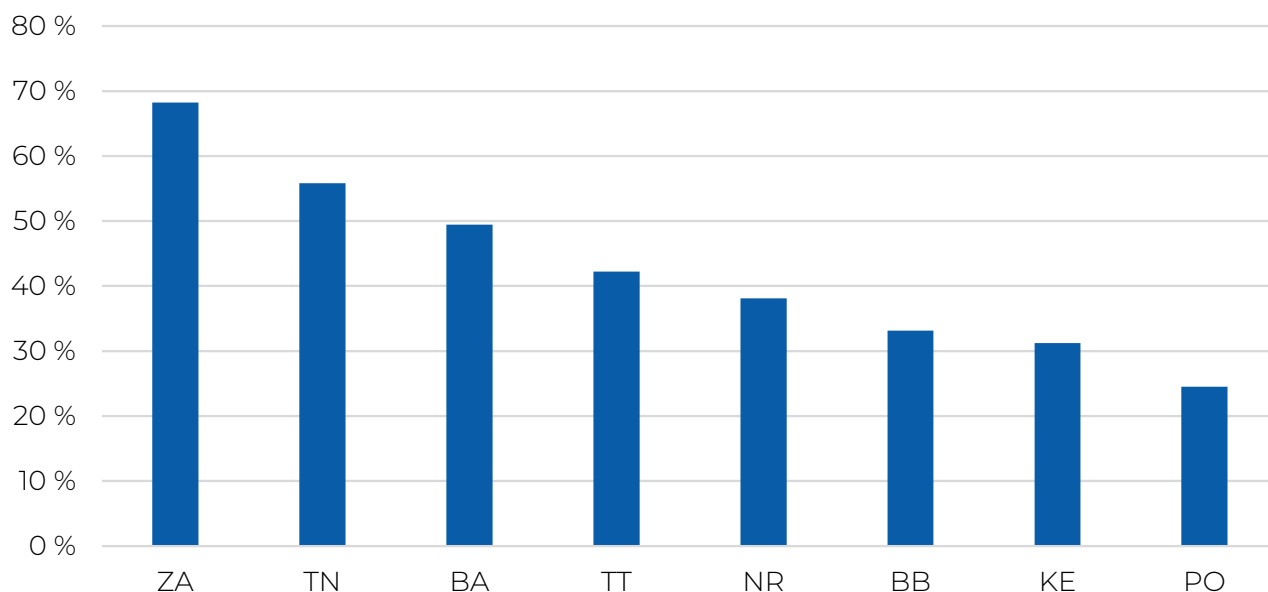
Graf 2 Vývoj počtu klientov a klientiek obecnej opatrovateľskej služby podľa krajov (zdroj: MPSVaR SR)

Na úrovni krajov má najviac obcí poskytujúcich opatrovateľskú službu Žilinský kraj, kde ich podiel dosahuje až 68 % (Graf 3).¹⁰⁹ Obce v Žilinskom kraji sa zapisovali do registra poskytovateľov sociálnych služieb najmä tesne po prijatí aktuálneho zákona o sociálnych službách v rokoch 2009 a 2010, až 84 % z nich sa do registra zapísalo práve v týchto rokoch, keď bola kompetencia zriaďovať a financovať opatrovateľskú

službu prenesená na obce. V ostatných krajinách okrem Žilinského je podiel obcí zapísaných do registra v rokoch 2009 a 2010 priemerne len 52 %. Najnižší podiel obcí s opatrovateľskou službou je v Prešovskom kraji, kde dosahuje iba 25 %, napriek pomerne vysokej koncentrácii v konkrétnych oblastiach. Nasledujú Košický kraj, v ktorom poskytuje opatrovateľskú službu 31 % obcí, a Banskobystrický kraj (33 %).

¹⁰⁹ Medzi obce boli započítané aj mestské časti Bratislavy a Košíc, keďže sú poskytovateľmi opatrovateľských služieb.

Podiel obcí s opatrovateľskou službou



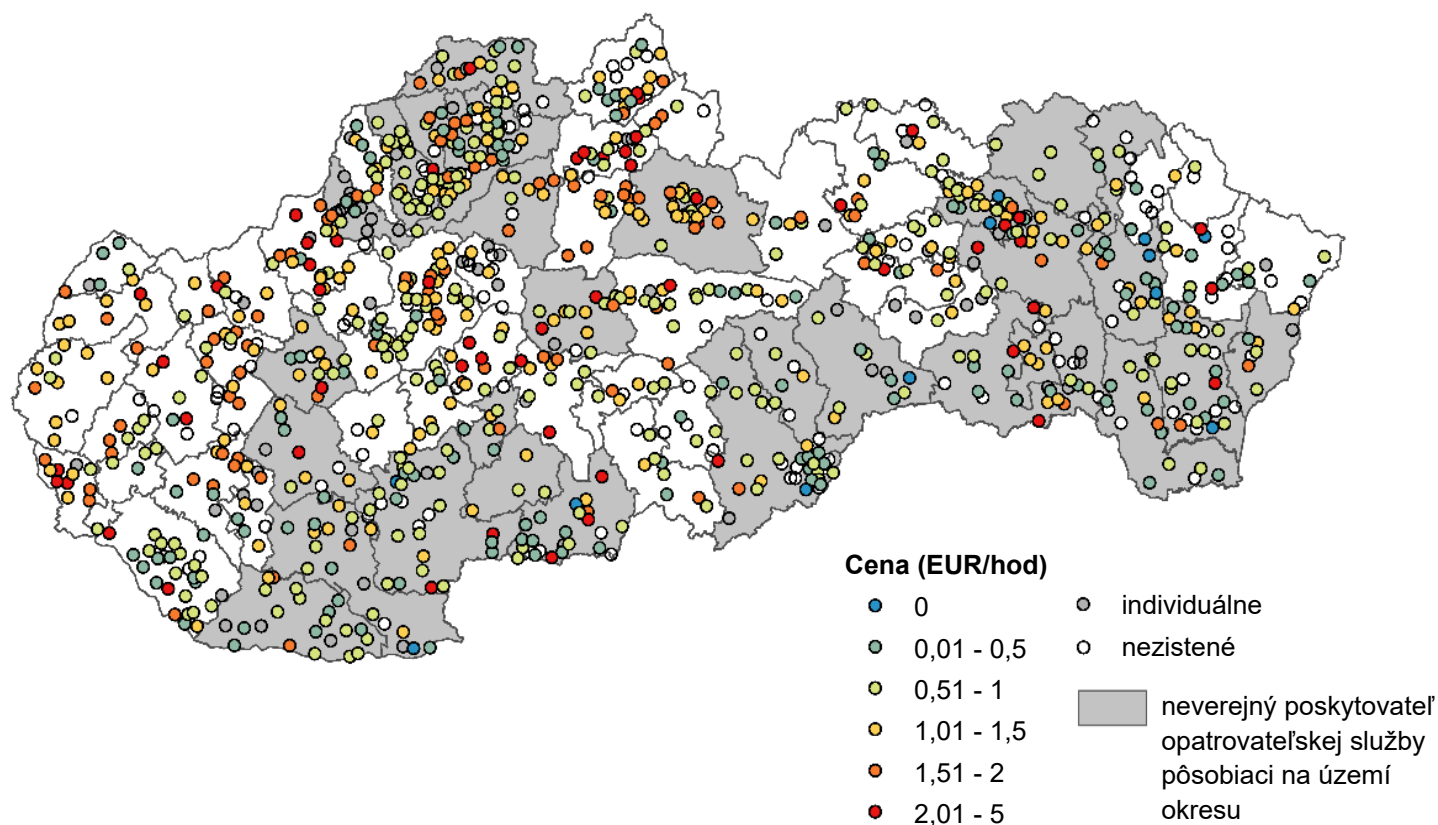
Graf 3 Podiel obcí poskytujúcich opatrovateľskú službu z celkového počtu obcí v samosprávnom kraji

(zdroj: CRPSS, vlastné výpočty)

Mapa 1 zobrazuje priestorové rozloženie obcí a neverejných poskytovateľov poskytujúcich terénnu opatrovateľskú službu a zároveň aj priemernú hodinovú sadzbu (v prípade obcí). Je však pravdepodobné, že nie všetky z obcí, ktoré majú zverejnené VZN o podmienkach poskytovania opatrovateľskej služby, ju aj naozaj v súčasnosti poskytujú. Z dostupných dát je napriek tomu zrejماً výrazná regionálna diferenciácia dostupnosti terénnych opatrovateľských služieb. Najvýraznejšia koncentrácia je na Považí medzi okresmi Žilina až Trenčín a na Orave, na východnom Slovensku najmä v okrese Sabinov. Nezabezpečuje to však dostupnosť opatrovateľskej služby pre všetkých obyvateľov týchto okresov, keďže obce ju poskytujú iba ľuďom s trvalým, príležitostne aj s prechodným pobytom. Zároveň je možné

pozorovať existenciu oblastí, v ktorých je poskytovanie opatrovateľskej služby výrazne limitované. Prihraničné okresy na severovýchode Slovenska majú podpriemerné zastúpenie obcí poskytujúcich opatrovateľskú službu, v okrese Bardejov sú to napríklad štyri obce, v okrese Medzilaborce dve. Menej ako päť takýchto obcí sa nachádza aj v okresoch Krupina a Zlaté Moravce. Ďalšie nedostatkové regióny sú juh Banskobystrického kraja a západ Košického kraja a oblasť Záhoria. Do istej miery môže byť vysvetlením veľkostná štruktúra obcí. Najmä na severovýchode Slovenska a na juhu Banskobystrického kraja sa nachádzajú prevažne obce do 500 obyvateľov, čo ovplyvňuje finančné možnosti týchto obcí plnohodnotne poskytovať opatrovateľskú službu.

Obce s opatrovatel'skou službou



Mapa 1 Priestorové rozloženie obcí poskytujúcich opatrovatel'skú službu a okresov s neverejným poskytovateľom opatrovatel'skej služby (zdroj: CRPSS, VZN obcí)

29

Okrem obcí poskytujú terénnu opatrovatel'skú službu aj neverejní poskytovatelia, ktorí vo väčšine prípadov nepôsobia na obecnej, ale na okresnej, krajovej alebo celoslovenskej úrovni. Hoci z informácií z registra nie je zjavné, či je služba poskytovaná vo všetkých obciach zvoleného regiónu a aká je kapacita týchto opatrovatel'ských služieb, ide o indíciu, že aj obyvatelia obcí bez vlastnej opatrovatel'skej služby k nej môžu mať prístup. Priemerná cena za hodinu opatrovania je však pri neverejných poskytovateľoch priemerne o viac ako 2 eurá vyššia ako v prípade obcí, z hľadiska finančnej dostupnosti teda vo väčšine prípadov nejde o ekvivalent obecných opatrovatel'ských služieb. V mape 1 sú preto zároveň vyznačené tie okresy, v ktorých pôsobí aspoň jeden neverejný poskytovateľ. V Bratislavskom a Trnavskom kraji síce nepôsobí ani jeden poskytovateľ opatrovatel'skej služby s okresnou pôsobnosťou, v rám-

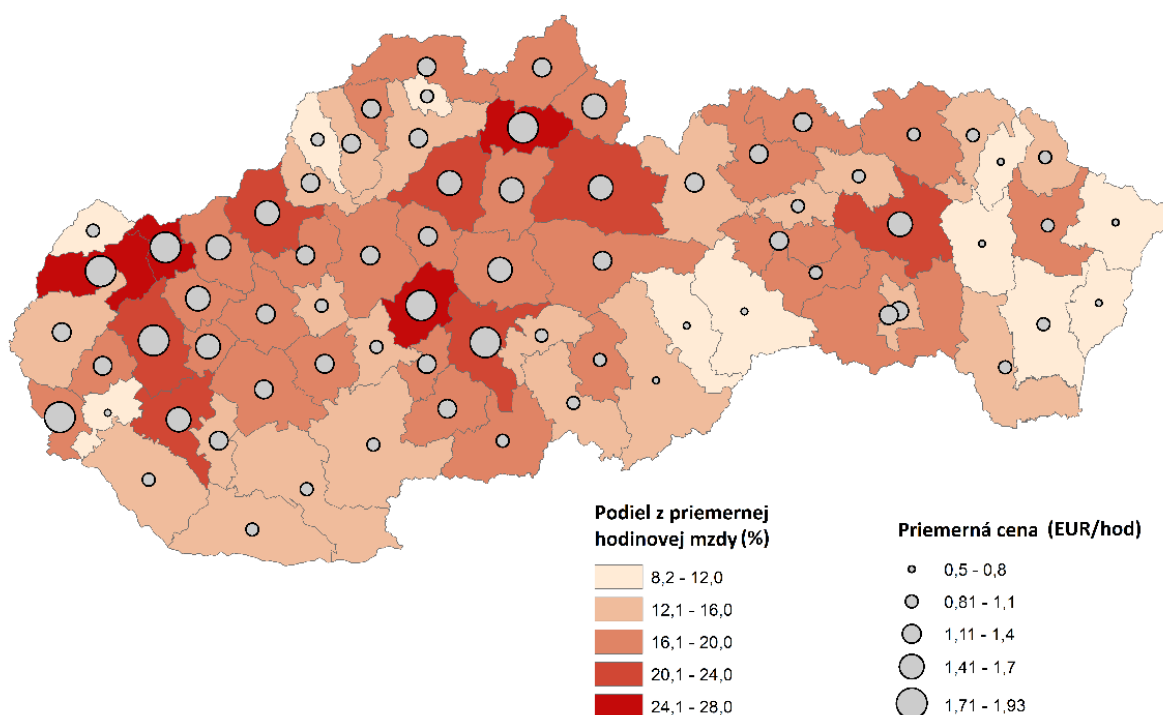
ci celého kraja však pôsobí 15, resp. 9 poskytovateľov. Poskytovatelia pôsobiaci na úrovni krajov sa tiež nachádzajú v každom samosprávnom kraji. Hlbšie porozumenie priestorovej dostupnosti terénnej opatrovatel'skej služby by si však vyžadovalo podrobnejší výskum vrátane zisťovania presnej územnej pôsobnosti organizácií, ktoré uvádzajú poskytovanie opatrovatel'skej služby na regionálnej úrovni.

Finančnú dostupnosť opatrovatel'skej služby na okresnej úrovni sme sledovali prostredníctvom dvoch premenných – priemernej hodinovej sadzby a jej podielu z priemernej hodinovej mzdy na úrovni okresov. Z výpočtu bolo vyňatých 69 obcí, ktoré nemajú stanovenú hodinovú výšku poplatku, ale majú spoplatnené konkrétne úkony – výsledná cena opatrovania teda závisí od špecifických potrieb prijímateľa.

Výsledky naznačujú, že výška poplatku za opatrovateľskú službu je na Slovensku regionálne diferencovaná. Najnižšie poplatky sú uvedené vo VZN obcí na južnom Slovensku a na Zemplíne (Mapa 2). Naopak, najvyššie ceny sú v okresoch Trnavského kraja, na Liptove a v okresoch Zvolen a Žiar nad Hronom. Priemerná sadzba za hodinu opatrovateľskej služby poskytovanej obcou je 1,17

EUR, za jednotlivé okresy sa pohybuje v intervale 0,5 EUR v okrese Stropkov po 1,93 EUR v okrese Dolný Kubín. Na úrovni jednotlivých obcí sú rozdiely ešte výraznejšie. Dvanásť obcí a miest (takmer všetky z menej rozvinutých regiónov) poskytuje opatrovateľskú službu bezplatne, najvyššiu sadzbu (5 EUR) má mesto Šamorín.

Priemerná cena opatrovateľskej služby zriadenej obcou



Mapa 2 Priemerná cena opatrovateľskej služby poskytovanej obcou podľa okresov a jej podiel z priemernej hodinovej mzdy v okrese
(zdroj: CRPSS, ŠÚ SR, VZN obcí, vlastné výpočty)

Podmienky poskytovania opatrovateľskej služby upravujú obce prostredníctvom VZN, ktoré musia obsahovať sumu úhrady za sociálnu službu a spôsob jej určenia. Okrem toho býva súčasťou VZN aj určenie podmienok poskytovania sociálnej služby, napríklad vymedzenie času, kedy sa táto služba poskytuje. Vo väčšine prípadov sa opatrovateľská služba poskytuje maximálne 7,5 hodiny denne počas pracovných hodín, v časovom rozpätí od 7:00 do 15:00, prípadne od 8:00 do 16:00. Niektoré obce uvádzali možnosť individuálnej dohody

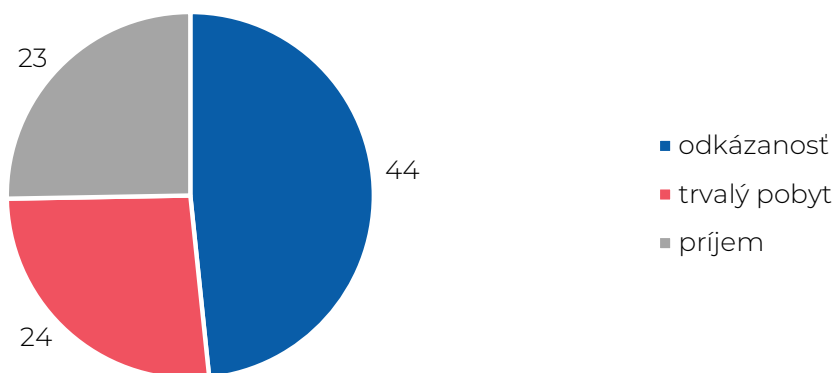
na čase poskytovania opatrovateľskej služby. Ak bolo priamo vo VZN uvedené, že sa opatrovateľská služba poskytuje aj mimo bežných pracovných hodín, prípade nepretržite, táto možnosť bola premietnutá do výšky poplatku za hodinu opatrovania, pričom rozdiel oproti bežnej cene bol aj dvojnásobný. Takto nastavené podmienky znevýhodňujú tie osoby so zdravotným znevýhodnením, ktoré nežijú v jednej domácnosti s inou (pracujúcou) osobou, alebo o ktoré sa takáto osoba nestará. Zároveň sa v malej miere vyskytli aj rôzne cenníky

v závislosti od toho, či ide o opatrovanie pri odkázanosti na pomoc inej osoby¹¹⁰, alebo pomoc pri úkonoch sebaobsluhy, úkonoch starostlivosti o svoju domácnosť a základných sociálnych aktivitách.¹¹¹ V prvom prípade boli ceny stanovené na nižšej úrovni.

Výška poplatku sa tiež v 95 prípadoch (11,6 %) líšila v závislosti od konkrétnych charakteristík prijímateľa.¹¹² V 44 prípadoch sa to týkalo stupňa odkázanosti (Graf 4). Takmer všetky tieto VZN zvyšujú poplatok s rastúcim stupňom odkázanosti, pričom predpokladaným dôvodom je zvýšená náročnosť opatrovania. Rozdiel v sadzbe medzi stupňami odkázanosti II a VI sa pohyboval v intervale od 0,2 EUR po 2 EUR s priemernou hodnotou 1,2 EUR. Špecifické sú v tejto súvislosti tri obce, ktoré so zvyšujúcim sa stupňom odkázanosti stanovili nižšiu cenu za opatrovateľskú službu. Ide teda o opačný prístup, keď obce ľuďom s vyšším stupňom odkázanosti kom-

penzujú náročnú sociálnu situáciu. Ďalším dôvodom pre stanovenie rozdielnej ceny je trvalý pobyt v obci – niektoré obce poskytujú opatrovateľskú službu aj osobám s prechodným pobytom. Posledným faktorom ovplyvňujúcim výšku poplatku za opatrovateľskú službu je príjem prijímateľa. Cena bola odstupňovaná rôznym spôsobom, podľa absolútnej výšky príjmu alebo násobku životného minima. Rozdiel v sadzbách podľa výšky príjmu sa pohyboval od 0,1 EUR po 1,9 EUR, priemerný rozdiel predstavoval 0,57 EUR. Zaujímavosťou je, že obce s takýmito podmienkami sa vo viacerých prípadoch nachádzajú v tesnej blízkosti, resp. v rámci jedného okresu, čo naznačuje koordináciu alebo inšpiráciu pri tvorbe príslušných VZN. Rôzne sadzby na základe stupňa odkázanosti majú najmä obce v okrese Považská Bystrica, ale aj Púchov a Michalovce. Na základe trvalého pobytu sú to často obce z okresu Sabinov.

Dôvody rozdielnej výšky poplatku za opatrovateľskú službu



Graf 4 Dôvody stanovenia rozdielneho poplatku za opatrovateľskú službu podľa charakteristík klientov a klientiek

¹¹⁰ §41 ods. 1 písm. a) Zákona o sociálnych službách.

¹¹¹ §41 ods. 1 písm. b) Zákona o sociálnych službách.

¹¹² V prípade stanovenia rozličnej ceny na základe charakteristík prijímateľa/prijímateľky sociálnej služby sme pri výpočtoch zobrazených v Mape 1 a Mape 2 brali do úvahy najnižšiu sadzbu, aby bolo možné tieto obce porovnať s tými, ktoré cenu z rozličných dôvodov nezvyšovali.

Je potrebné zdôrazniť, že obce majú povinnosť zverejňovať cenník poskytovaných sociálnych služieb a tiež aj ekonomicky oprávnené náklady, ktoré slúžia na výpočet maximálnej ceny služieb.¹¹³ Z celkového počtu 949 obcí, ktoré sú zapísané v Centrálnom registri poskytovateľov sociálnych služieb ako poskytovatelia opatrovateľskej služby, 185 nemalo príslušné VZN zverejnené na webovej stránke, čo predstavuje 19,5 %. Tieto obce boli prostredníctvom e-mailu kontaktované s otázkou, či poskytujú opatrovateľskú službu, resp. ju vedia poskytnúť v prípade záujmu. Ak áno, boli požiadané o zaslanie príslušného VZN. Odpovedalo 55 z nich, pričom 15 okrem zaslania VZN poskytlo aj bližšie informácie ohľadne ich možností poskytovať opatrovateľskú službu. Ako hlavný problém pri zabezpečení opatrovania spomínali vlastné finančné možnosti a nedostatok opatrovateľiek alebo opatrovateľov. Napriek tomu, že sú registrovaným poskytovateľom sociálnej služby, teda nie sú schopné ju reálne zabezpečiť buď pre nedostatočné rozpočtové možnosti, alebo pre chýbajúcu pracovnú silu. V tomto prípade býva starostlivosť o odkázané osoby najčastejšie riešená v rámci rodiny prostredníctvom poberania príspevku na opatrovanie od úradov práce, sociálnych vecí a rodiny. Jedna obec uviedla, že ako opatrovateľku zamestnáva dcéru opatrovanej osoby. Ďalším faktorom ovplyvňujúcim poskytovanie, resp. neposkytovanie opatrovateľskej služby, je dopyt. Viaceré obce sa zmienili, že aktuálne neevidujú žiadny záujem o túto službu, ale v prípade potreby by sa snažili ju zabezpečiť. Osoby odkázané na pomoc inej fyzickej osoby v niektorých prípadoch preferujú umiestnenie do zariadenia alebo sa o nich starajú príbuzní, ako bolo uvede-

né vyššie. Celkovo až 17 oslovených obcí odpovedalo, že opatrovateľskú službu neposkytujú.¹¹⁴ Ide však len o odpovede tých obcí, ktoré boli priamo oslovené, je tak možné predpokladať, že celkovo bude takýchto obcí viac.

Financovanie opatrovateľskej služby sa štát v programovom období 2014-2020 snažil riešiť prostredníctvom európskych fondov, boli vypísané dopytovo orientované výzvy Podpora opatrovateľskej služby na roky 2019-2021 a Podpora opatrovateľskej služby II na roky 2021-2023, z ktorých bola podporená opatrovateľská služba v 172¹¹⁵ a 178¹¹⁶ obciach (ide iba o obce, mestá a mestské časti, nie neverejných poskytovateľov). V rokoch 2019 až 2022 prebiehal národný projekt Podpora rozvoja a dostupnosti terénnej opatrovateľskej služby zameraný na rozširovanie opatrovateľskej služby do obcí s menej ako 1000 obyvateľmi, zapojených už bolo 101 obcí.¹¹⁷ Takéto riešenie dostupnosti terénnej opatrovateľskej služby má nesporné pozitíva v krátkodobom horizonte, nejde však o koncepčné riešenie problematiky, keďže obce majú týmto spôsobom zabezpečené financovanie len na dvojročné obdobie. Prijímatelia a prijímateľky sociálnych služieb tak nemajú istotu dlhodobého poskytovania týchto služieb. Obavy v tejto súvislosti vyjadrili aj niektoré obce, pretože bez dotácií si nebudú môcť dovoliť udržať aktuálny počet opatrovateľiek. Jedna obec priamo uviedla, že po skončení projektu museli poskytovanie opatrovateľskej služby ukončiť. Je však potrebné zdôrazniť, že svoje postrehy k fungovaniu opatrovateľskej služby zaslalo iba 15 obcí a na vyvodenie všeobecne platných záverov by bol potrebný komplexnejší výskum.

¹¹³ §72 ods. 2 Zákona o sociálnych službách.

¹¹⁴ Tieto nie sú uvedené v Mape 1, ktorá zobrazuje všetky obce, ktoré podľa Centrálného registra poskytovateľov sociálnych služieb poskytujú terénnu opatrovateľskú službu alebo založili organizáciu, ktorá ju poskytuje.

¹¹⁵ Dostupné na: <https://www.ia.gov.sk/sk/dopytovo-orientovane-projekty/vyzvy/op-lz-dop-20184.2.html>

¹¹⁶ Dostupné na: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/esf/op-ludske-zdroje/vyzvy-2021/pos/zmena/zoznam-schvalenych-ziadosti-nfp.pdf>

¹¹⁷ Dostupné na: <https://nptos.gov.sk/index.html?csrt=5574807690723493872>

3.2 Rehabilitačné stredisko

V rehabilitačnom stredisku sa poskytuje sociálna služba osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, ktorá je slabozraká a ktorá je nepočujúca alebo ktorá má ťažkú obojstrannú nedoslýchavosť. Zároveň sa však v rehabilitačnom stredisku pracuje aj s rodinou klienta a podpora sa poskytuje aj jej alebo osobe, ktorá zabezpečuje pomoc pri fyzickej odkázanosti na účel spolupráce pri sociálnej rehabilitácii. Klientom a klientkam sa poskytuje sociálna rehabilitácia, sociálne poradenstvo, pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, ubytovanie, stravovanie, pranie, upratovanie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva.¹¹⁸ Povinnosť poskytovať finančný príspevok na prevádzku rehabilitačného strediska neverejnému poskytovateľovi sociálnej služby, ktorý neposkytuje sociálnu službu s cieľom dosiahnuť zisk, má na úrovni územnej samosprávy samosprávny kraj, existujú preto aj rehabilitačné strediská zriadené samosprávnymi krajmi.

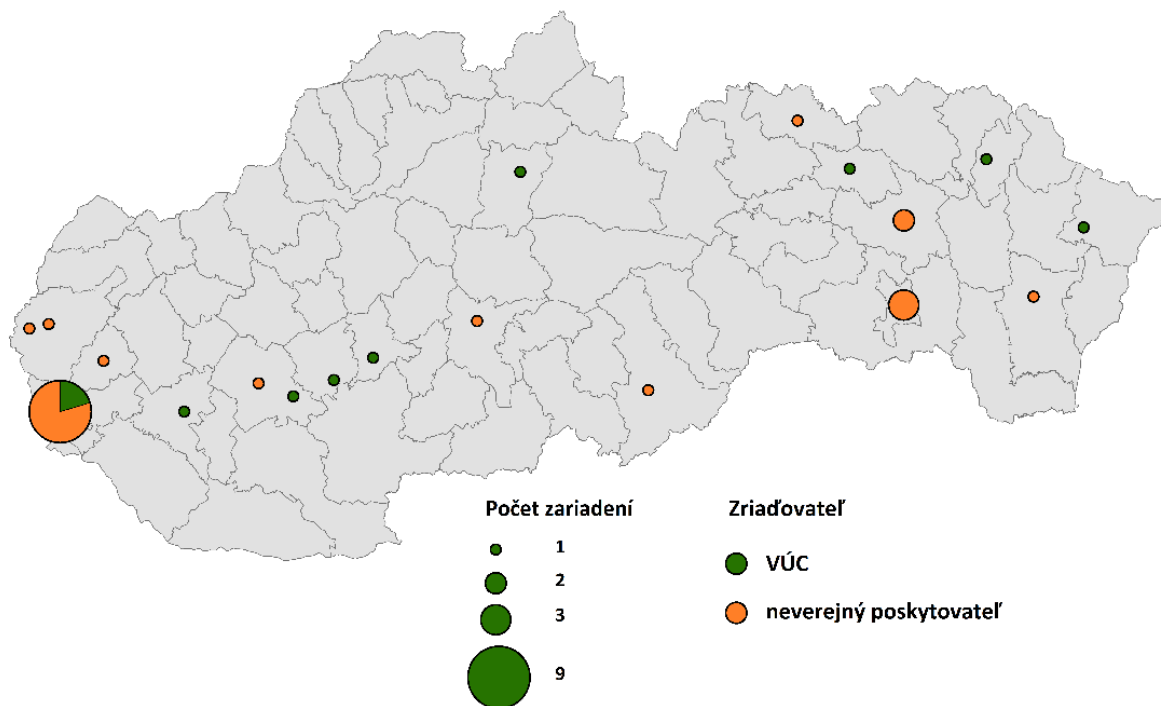
Na základe informácií z Centrálného registra poskytovateľov sociálnych služieb pôsobí na Slovensku 31 rehabilitačných stredísk s ambulantnou formou poskytovania sociálnej služby. Ich rozmiestnenie je však výrazne nerovnomerné, až 9 z nich (29 %) sa nachádza v Bratislave (Mapa 3). Z hľadiska samosprávnych krajov zriadil najviac takýchto zariadení Prešovský kraj (3), nasledujú Bratislav-

ský a Nitriansky kraj s dvomi zariadeniami a Trnavský, Žilinský a Banskobystrický s jedným zariadením. Žiadne rehabilitačné stredisko s ambulantnou formou poskytovania služieb zriadené VÚC sa nenachádza v Košickom a Trenčianskom kraji, pričom tieto služby v Trenčianskom kraji navyše nezabezpečuje ani žiadny neverejný poskytovateľ. Vzhľadom na ambulantnú povahu služieb je však zrejmé, že ich fyzická dostupnosť je výrazne obmedzená pre tých klientov a klientky, ktorí nemajú možnosť osobnej prepravy.

Zároveň sú niektoré rehabilitačné strediská špecializované na konkrétny typ postihnutia, napríklad duševné poruchy (9; prevažne autizmus alebo špecificky deti s autizmom), a nie sú teda k dispozícii všetkým osobám so zdravotným znevýhodnením v ich okolí. Špecializované sú predovšetkým rehabilitačné strediská zriadené neverejným poskytovateľom, v prípade rehabilitačných stredísk zriadených samosprávnymi krajmi ide spravidla o súčasť zariadenia sociálnych služieb alebo domova sociálnych služieb. Vzhľadom na to, že rehabilitačné strediská poskytujú najmä sociálnu rehabilitáciu a sociálne poradenstvo, ktoré majú za cieľ aj postupnú obnovu sociálnych alebo pracovných zručností, by bolo žiaduce vybudovať rozsiahlejšiu sieť týchto zariadení tak, aby bola dostupná pre širší okruh obyvateľov.

¹¹⁸ §37 ods. 2 Zákona o sociálnych službách; výskum sa zameriava na ambulantnú formu poskytovania sociálnych služieb, v rámci ktorej sa neposkytuje ubytovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva.

Rehabilitačné strediská podľa zriaďovateľa



Mapa 3 Priestorové rozmiestnenie rehabilitačných stredísk poskytujúcich ambulantnú formu sociálnej služby podľa zriaďovateľa
(zdroj: CRPSS)

Pri poskytovaní ambulantnej formy sociálnej služby rehabilitačným strediskom platia prijímatelia a prijímateľky za pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby a za stravu, pokiaľ ide o celodenný pobyt a zariadenie ju poskytuje, a tiež za záujmovú a vzdelávaciu činnosť. Výška poplatkov sa takmer nelíši v závislosti od toho, či ide o verejného alebo neverejného poskytovateľa, priemerná výška poplatku je vo výške 1,27 EUR/deň, bez jedného zariadenia s výškou poplatku 12 EUR je to však iba 0,74

EUR/deň (bez stravného). Päť zariadení poskytuje sociálnu službu bezplatne, z toho všetky tri rehabilitačné strediská zriadené Prešovským samosprávnym krajom. Finančnú dostupnosť rehabilitačných stredísk zvyšuje fakt, že hlavné činnosti (sociálne poradenstvo a sociálna rehabilitácia) sa poskytujú bezplatne, ak nejde o poskytovateľa s cieľom dosahovať zisk.¹¹⁹ Zvýrazňuje to potrebu rozširovania siete neverejných poskytovateľov sociálnych služieb.

3.3 Zariadenie podporovaného bývania

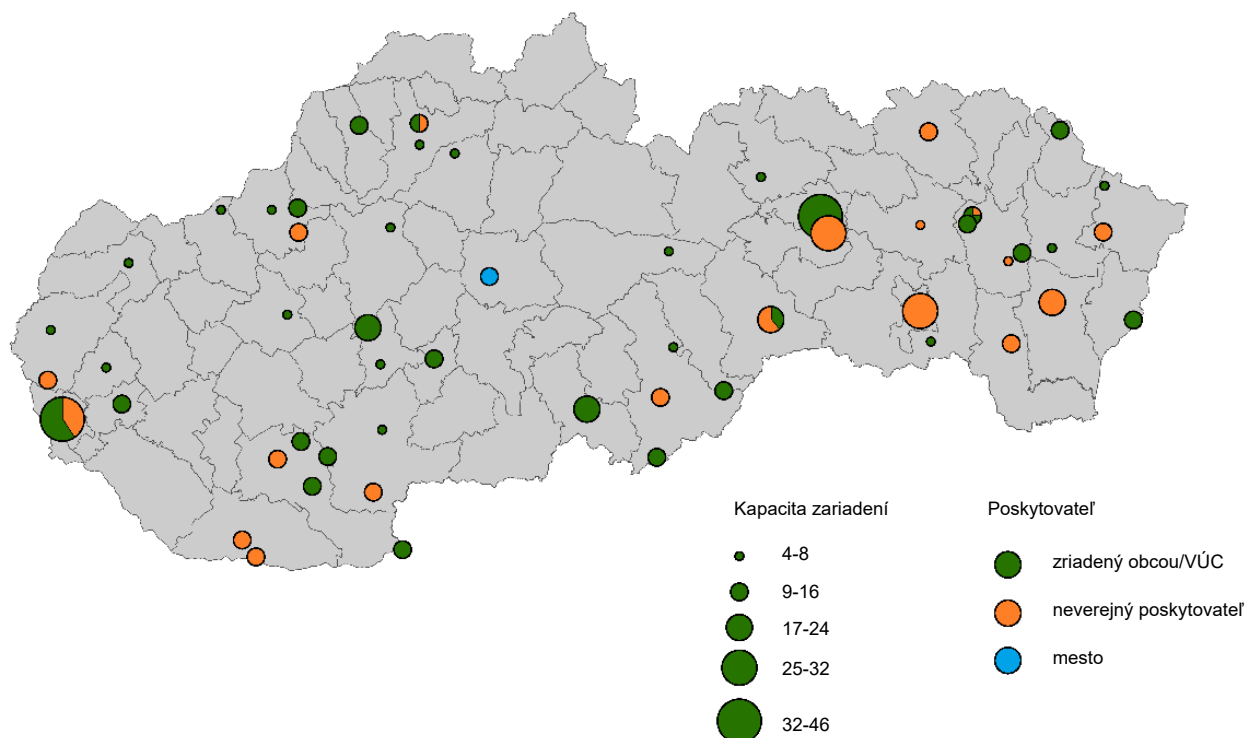
V zariadení podporovaného bývania sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe od 16. roku veku do dovŕšenia dôchodkového veku, ak je táto fyzická osoba odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a na dohľad, pod ktorým je schopná viesť samostatný život. Dohľadom na účely poskytovania sociálnej služby v zariadení podporovaného bývania sa rozumie usmerňovanie a monitorovanie fyzickej osoby uvedenej pri zabezpečovaní sebaobslužných úkonov, úkonov starostlivosti o svoju domácnosť v rámci zariadenia a základných sociálnych aktivít.¹²⁰ Klienti a klientky teda žijú v bytoch patriacich poskytovateľovi sociálnej služby, najčastejšie domovu sociálnych služieb alebo centru sociálnych služieb. V niektorých prípadoch však poskytovateľ uvádza rovnakú adresu sídla ako samotné miesto poskytovania nájomného bývania. Vzniká preto pochybnosť, či v tomto prípade nejde len o priestorové oddelenie zariadenia podporovaného bývania v rámci budovy „materského“ zariadenia. Takýto postup nepovažujeme za vhodný, keďže v ňom nejde o prí-

pravu na samostatný život v prostredí, ktoré by simulovalo podmienky takéhoto života. Zákon zároveň reguluje počet klientov a klientiek v jednom zariadení – povoľuje maximálne šesť osôb v jednej bytovej jednotke a dvanásť osôb vo viacerých bytových jednotkách so spoločným hlavným vstupom k týmto bytovým jednotkám z verejnej komunikácie.¹²¹ V ôsmich prípadoch však deklarovaná kapacita prekračuje zákonný limit. V Mape 4 sú zobrazené zariadenia podporovaného bývania podľa ich kapacity v jednotlivých obciach. Viditeľné sú dva veľké regióny bez tejto služby, a to takmer celý Trnavský kraj a oblasť Oravy a Liptova. Celkovo je podľa Centrálného registra poskytovateľov sociálnych služieb k dispozícii 672 miest v zariadeniach podporovaného bývania, ktoré zabezpečuje 58 poskytovateľov na 83 miestach. Zariadenia v roku 2021 zamietli iba 9 žiadostí o umiestnenie, čo môže naznačovať dostatočné kapacity. Nie je však zrejmé, do akej miery tento údaj odráža reálny dopyt po zariadeniach podporovaného bývania.

¹²⁰ §34 ods. 1 a 2 Zákona o sociálnych službách.

¹²¹ §34 ods. 5 Zákona o sociálnych službách.

Počet miest v zariadeniach podporovaného bývania



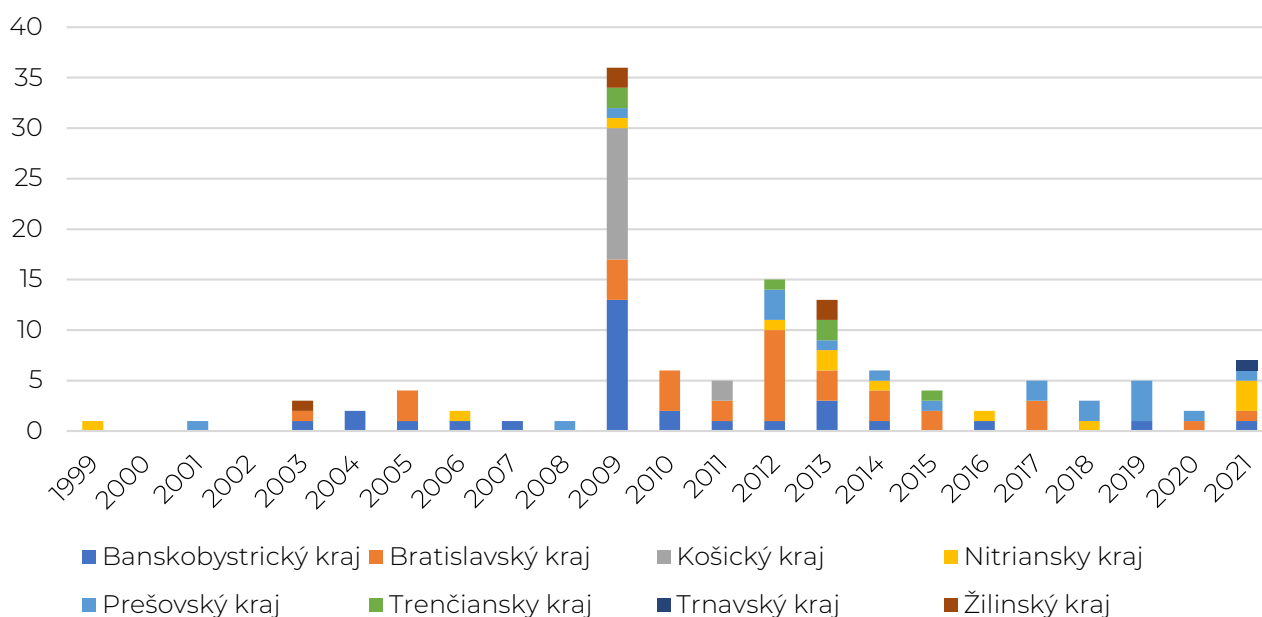
Mapa 4 Priestorové rozmiestnenie zariadení podporovaného bývania podľa zriaďovateľa a kapacity (zdroj: CRPSS)

36

Zariadenia podporovaného bývania začali vznikať najmä v roku 2009, kedy vstúpil do platnosti aktuálny zákon o sociálnych službách (Graf 5). Okrem rokov 2012 a 2013 je počet nových registrova-

ných zariadení podporovaného bývania relatívne stabilný, hoci nízky – približne päť nových zariadení ročne. Graf však zobrazuje aj tie zariadenia, ktoré medzitým ukončili svoju činnosť.

Vznik zariadení podporovaného bývania

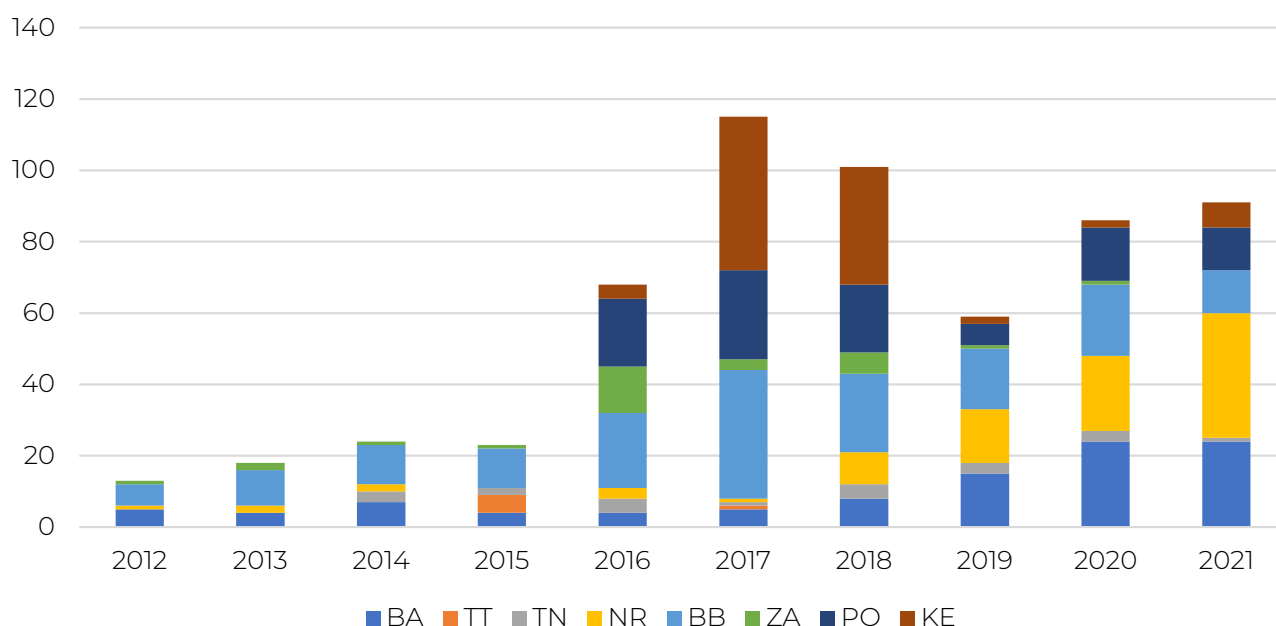


Graf 5 Rok vzniku zariadení podporovaného bývania podľa krajov (zdroj: CRPSS)

V súčasnosti je do poradovníka čakateľov na miesto v zariadení podporovaného bývania zaradených 91 osôb, čo predstavuje 13 % celkovej kapacity zariadení (Graf 6). Je však možné predpokladať, že v prípade vyššej dostupnosti tejto služby by bol záujem o ňu ešte vyšší. Zá-

roveň je možné pozorovať nerovnomerné rozdelenie žiadateľov a žiadateľiek v jednotlivých krajoch, ich počet trvalo rastie v Nitrianskom a Bratislavskom kraji, zatiaľ čo v ostatných krajoch dochádza k stagnácii až poklesu.

Čakatelia v zariadeniach podporovaného bývania



Graf 6 Počet čakateľov v zariadeniach podporovaného bývania podľa krajov (zdroj: MPSVaR SR)

Finančnú dostupnosť zariadení podporovaného bývania je náročné vyhodnocovať, pretože rôzne zariadenia používajú odlišné spôsoby stanovenia ceny za ubytovanie a stravovanie. Ide napríklad o fixné stanovenie ceny ubytovania na deň alebo výpočet ceny na základe plochy obývaného priestoru. Niektoré zariadenia majú spoplatnené režijné náklady, vytváranie podmienok na prípravu stravy alebo stravné. Výška poplatku sa v prípade pevne stanovenej ceny za ubytovanie pohybuje v intervale 1 až

8,5 EUR na deň s priemernou hodnotou 5,3 EUR. Mesačne teda klienti a klientky zaplatia priemerne 159 EUR, pri najvyššej sadzbe 255 EUR. V prípade určenia ceny na základe rozlohy obývanej miestnosti je rozptyl menší, výška poplatku sa pohybuje v rozmedzí 0,12 až 0,29 EUR/m²/deň a priemerná hodnota je 0,18 EUR/m²/deň. Stanovenie výšky poplatku v tomto prípade závisí aj od toho, koľko ďalších osôb je v konkrétnom byte ubytovaných.

3.4 Denný stacionár

V dennom stacionári sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, ak jej stupeň odkázanosti je najmenej III a je odkázaná na sociálnu službu v zaria-

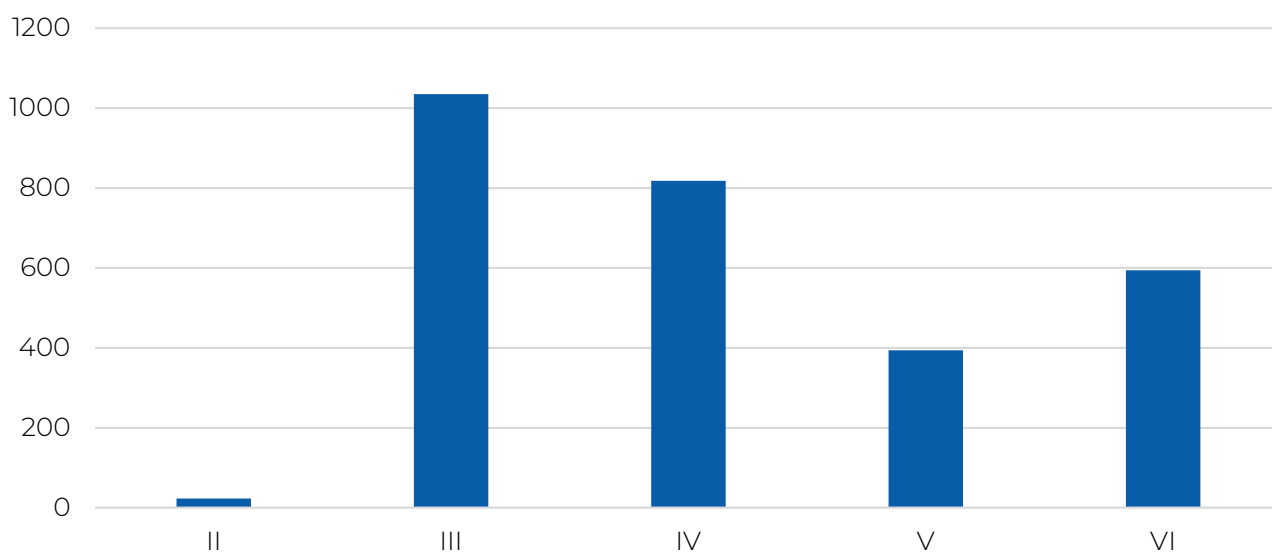
dení len na určitý čas počas dňa. Sociálna služba zahŕňa pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, sociálnu rehabilitáciu, stravovanie a zabezpečenie rozvoja pra-

covných zručností a záujmovej činnosti. Rovnako ako v prípade rehabilitačného strediska sa sociálne poradenstvo poskytuje aj rodine alebo fyzickej osobe, ktorá zabezpečuje pomoc v domácom prostredí.¹²²

Celkovo sa v roku 2021 poskytovala soci-

álna služba v dennom stacionári 2 864 klientom a klientkam. Najčastejšie išlo o ľudí so stupňom odkázanosti III, no približne pätina z nich má najvyšší stupeň odkázanosti VI (Graf 7). Opäť je pozitívne, že aj títo klienti a klientky využívajú ambulantnú formu sociálnej služby namiesto pobytovej.

Klienti a klientky denných stacionárov podľa stupňa odkázanosti



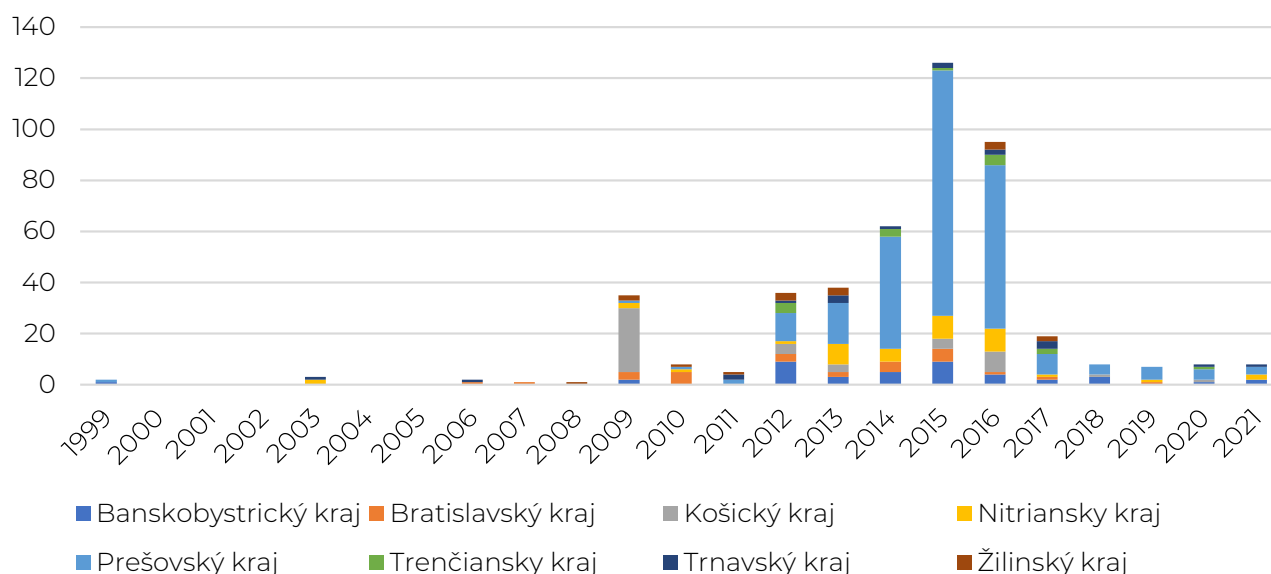
Graf 7 Počet klientov a klientiek denných stacionárov podľa stupňa odkázanosti
(zdroj: ŠÚ SR)

Rovnako ako pri ostatných typoch sociálnych služieb, aj denné stacionáre začali vznikať najmä v roku 2009, výrazný nárast ich počtu však nastal v roku 2012 a kulminoval v roku 2015 najmä kvôli ich

vzniku v Prešovskom kraji (Graf 8). Od roku 2018 je zriaďovanie nových stacionárov minimálne, ročne ich vzniká menej ako 10.

¹²² §40 Zákona o sociálnych službách.

Vznik denných stacionárov



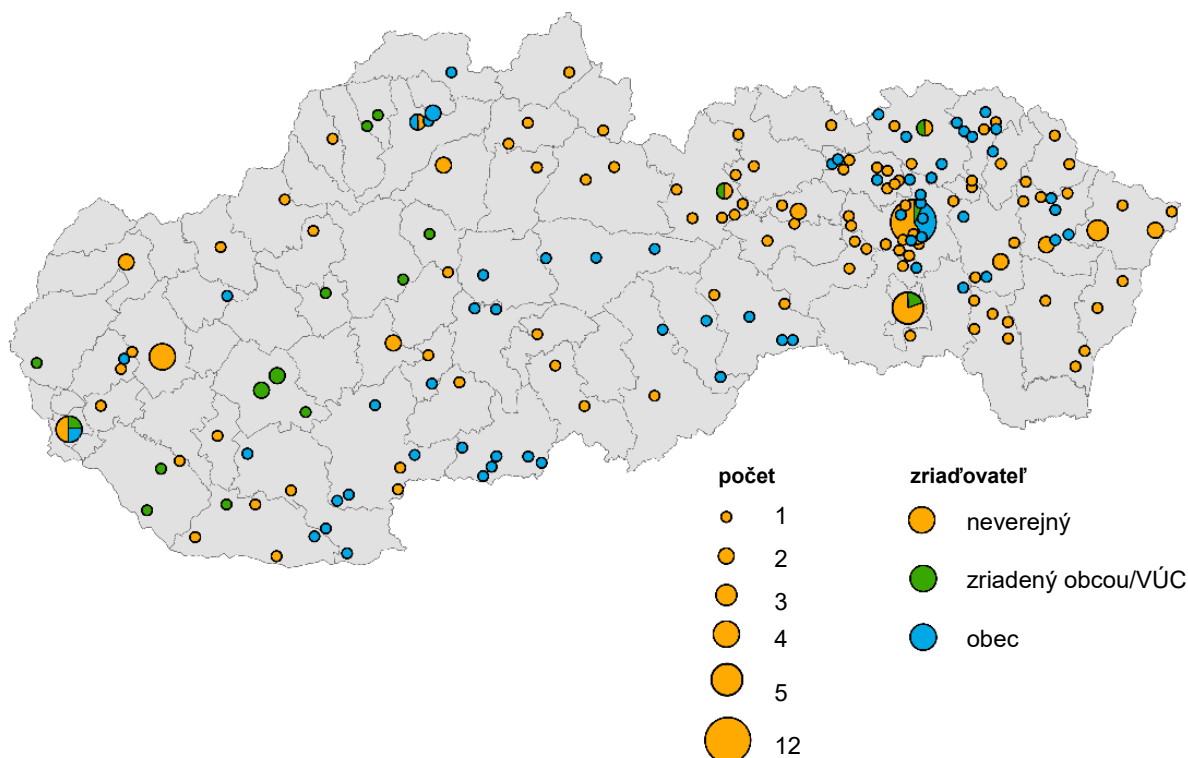
Graf 8 Rok vzniku denných stacionárov podľa samosprávnych krajov
(zdroj: CRPSS)

Na Slovensku v súčasnosti pôsobí 168 denných stacionárov s celkovou kapacitou 2 984 miest. Väčšinu z nich (60 %) tvoria stacionáre prevádzkované neverejnými poskytovateľmi, nasledujú stacionáre zriadené obcou alebo mestom (33 %) a stacionáre prevádzkované organizáciou zriadenou obcou alebo vyšším územným celkom (7 %). Špecifikom priestorového rozmiestnenia denných stacionárov na Slovensku je ich koncentrácia v Prešovskom kraji (Mapa 5). V samotnom meste Prešov sa ich nachádza 12, čo prevyšuje súčet počtu stacionárov v Bratislave a Košiciach. Hoci má Bratislava štyri denné stacionáre a dostupnosť je teda z geografického hľadiska dostatočná, iba 59 dostupných miest predstavuje z hľadiska potrieb hlavného mesta extrémne nízku kapacitu. Dopravná dostupnosť je kľúčová aj v regiónoch, keďže ide o ambulantnú službu, napriek tomu sa žiadny denný stacionár nenachádza až v desiatich okresoch najmä na zá-

padnom Slovensku. Možné vysvetlenie vysokého počtu denných stacionárov v Prešovskom kraji spočíva v jeho sociálnej politike, keď na základe aktuálnej koncepcie rozvoja sociálnych služieb na území PSK na roky 2020-2025 a aj na základe predchádzajúcej koncepcie z roku 2011 podporuje registráciu nových ambulantných a terénnych sociálnych služieb v súlade s potrebami ľudí so zdravotným znevýhodnením.¹²³ Denné stacionáre tu vznikali neskôr ako pri ostatných krajoch, čo môže byť spôsobené práve reakciou na politiku kraja. Zároveň je však potrebné upozorniť, že Koncepcia spomína aj voľné kapacity týchto služieb, ktoré nie sú v súčasnosti naplnené. Podľa oficiálnych údajov Štatistického úradu bolo v roku 2021 evidovaných spolu 18 zamietnutých žiadostí o umiestnenie v dennom stacionári (údaje sú dostupné iba za štyri kraje), je však možné predpokladať, že celkový počet záujemcov o tento druh sociálnej služby je oveľa vyšší.

¹²³ Koncepcia rozvoja sociálnych služieb na území PSK na roky 2020-2025, s. 55. Dostupné na: <https://www.po-kraj.sk/sk/samosprava/urad/odbor-svar/dokumenty-odboru/>

Denné stacionáre podľa zriaďovateľa



40

Mapa 5 Priestorové rozmiestnenie denných stacionárov podľa zriaďovateľa (zdroj: CRPSS)

Finančnú dostupnosť denných stacionárov je zložitá porovnávať, podobne ako v prípade zariadení podporovaného bývania. Existujú rôzne spôsoby stanovenia ceny, najčastejšie je určená suma na deň, ale vyskytujú sa aj cenníky s výškou úhrady za hodinu poskytovanej služby, za mesiac a výnimočne za rok. V rámci jednotlivých kategórií sa však ceny výrazne líšia. Vyskytujú sa obce aj neverejní poskytovatelia, ktorí služby poskytujú bezplatne a klienti a klientky platia iba za stravu, ale aj extrémne vy-

soký poplatok 18 EUR za deň v Moravoch nad Váhom. Druhá najvyššia zistená suma bola 7,81 EUR v meste Sliač. Priemerne však výška úhrady za deň pobytu v dennom stacionári predstavovala 1,23 EUR (bez stravy). Poplatok za hodinu pobytu v dennom stacionári sa pohybuje v intervale 0,05 EUR/hod až 1 EUR/hod, priemerná hodnota je 0,49 EUR/hod. Pri pobyte v dennom stacionári dlhšom ako tri hodiny je teda takýto spôsob stanovenia poplatku nevýhodný.

3.5 Špecializované zariadenia

V špecializovanom zariadení sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, jej stupeň odkázanosti je najmenej V a má zdravotné postihnutie, ktorým je najmä Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, pervazívna vývinová porucha, skleróza multiplex,

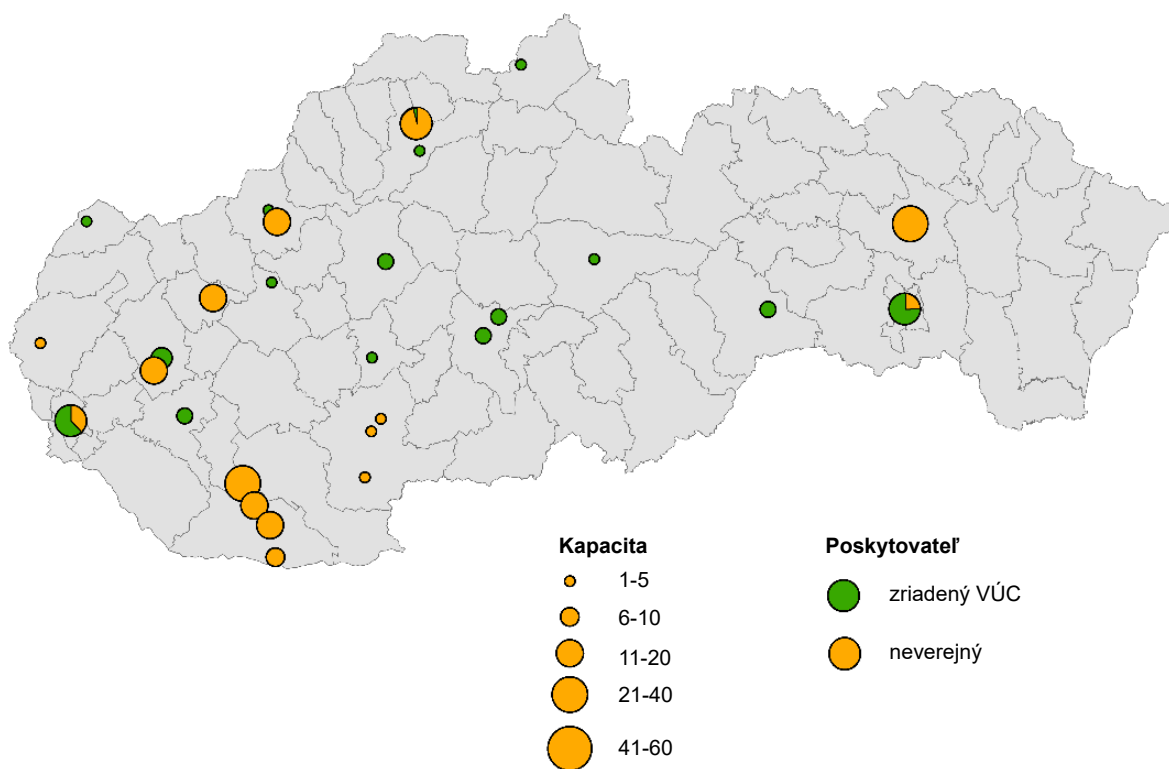
schizofrénia, demencia rôzneho typu etiológie, hluchoslepota, AIDS alebo organický psychosyndróm ťažkého stupňa. Poskytuje sa pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šat-

stva, osobné vybavenie a zabezpečuje sa rozvoj pracovných zručností, pomoc pri pracovnom uplatnení a záujmová činnosť.¹²⁴

V roku 2022 pôsobilo na Slovensku 38 špecializovaných zariadení ponúkajúcich aj ambulantnú formu sociálnej služby, z toho 16 prevádzkovali neverejní poskytovatelia a 22 bolo zriadených vyšším územným celkom. Priestorové rozmiestnenie je veľmi nerovnomerné,

väčšina zariadení sa nachádza na západnom Slovensku (Mapa 6). V Prešovskom a Košickom kraji sa špecializované zariadenia s ambulantnými službami nachádzajú spolu iba v troch mestách, čo je veľmi nízky počet. Keďže špecializované zariadenia sú určené pre osoby so stupňom odkázanosti najmenej V, pre odkázané osoby mimo Košíc a Prešova je táto služba poskytovaná ambulantnou formou prakticky nedostupná.

Kapacita špecializovaných zariadení podľa zriaďovateľa



Mapa 6 Kapacita špecializovaných zariadení poskytujúcich ambulantnú formu sociálnej služby podľa zriaďovateľa
(zdroj: CRPSS)

Kapacita ambulantných služieb v špecializovaných zariadeniach je 402 miest, z toho pre osoby s autizmom 169. Ani v tomto prípade nebolo možné porovnať ceny služieb podľa regiónov kvôli rozdielnemu spôsobu stanovenia sa-

dzieb. Aj tak je však možné konštatovať výrazné rozdiely medzi jednotlivými zariadeniami, cena za deň pobytu v zariadení sa bez stravného pohybuje v rozsahu od 0,9 EUR/deň po 7 EUR/deň.

¹²⁴ §39 Zákona o sociálnych službách.

Záver

Cieľom výskumu bolo zmapovať dostupnosť komunitných sociálnych služieb pre osoby so zdravotným znevýhodnením. Práve komunitné sociálne služby sú podľa medzinárodných ľudskoprávných štandardov aj koncepčných dokumentov na vnútroštátnej úrovni odporúčanou formou starostlivosti o ľudí so zdravotným znevýhodnením, preto sa analýza zamerala na to, do akej miery sú priestorovo a cenovo dostupné pre cieľovú skupinu. Konkrétne sme sa zamerali na opatrovateľskú službu, zariadenia podporovaného bývania, denné stacionáre a ambulantnú starostlivosť v rehabilitačných strediskách a špecializovaných zariadeniach.

Vzhľadom na to, že na základe záväzkov SR majú všetci bez ohľadu na stupeň postihnutia právo na nezávislý spôsob života (ako podrobne uvádza Kapitola 1), možno konštatovať, že napĺňanie tohto práva naráža na výrazné kapacitné limity poskytovateľov sociálnych služieb. Zároveň sme identifikovali nerovnomerné pokrytie územia Slovenska jednotlivými typmi sociálnych služieb, čo vo svojich odporúčaní k východiskovej správe Slovenska konštatoval aj Výbor OSN pre práva ľudí so zdravotným postihnutím. Z komplexného pohľadu sa ako nedostatkové regióny javia Trnavský kraj a juh Banskobystrického kraja, pri pohľade na jednotlivé typy sociálnych služieb vidieť aj ďalšie regióny, v ktorých je ich dostupnosť nižšia ako vo zvyšku Slovenska.

Opatrovateľskú službu najzriedkavejšie poskytujú obce na severe Prešovského kraja (najmä v okresoch Bardejov a Medzilaborce), čo súvisí aj s veľkou štruktúrou obcí a ich schopnosťou financovať takéto služby. Rehabilitačné strediská s ambulantnou formou poskytovania služieb sú koncentrované najmä v Bratislave, nedostupné sú v Trenčianskom kraji a iba jedno sa na-

chádza v Žilinskom a Trnavskom kraji. Dostupnosť v ich prípade ovplyvňuje aj zameranie na konkrétny typ diagnózy, viaceré sa špecializujú napríklad na duševné poruchy. Existencia rehabilitačného strediska preto neznamená jeho automatickú vhodnosť pre všetky osoby so zdravotným znevýhodnením.

Zariadenia podporovaného bývania sú rozmiestnené pomerne rovnomerne, opäť s výnimkou Trnavského kraja, v ktorom pôsobí iba jedno. Otázna je deklarovaná kapacita týchto zariadení, ktorá v niektorých prípadoch prekračuje povolený počet osôb na bytovú jednotku, a tiež umiestnenie zariadení podporovaného bývania v rámci budovy zariadení pobytových sociálnych služieb.

Špecifické je priestorové rozmiestnenie denných stacionárov, ktoré sú výrazne koncentrované v Prešovskom kraji, a tiež špecializovaných zariadení, ktoré sa naopak koncentrujú na západnom Slovensku. Poukazuje to na významnú úlohu samosprávnych krajov pri vytváraní siete sociálnych služieb, či už formou zakladania vlastných zariadení, alebo podporou neverejných poskytovateľov. V súvislosti s právom vybrať si miesto a spôsob poskytovania sociálnych služieb definovaným v čl. 19 Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím tak možno konštatovať, že aktuálna sieť neumožňuje plné uplatňovanie tohto práva ľuďom vo všetkých okresoch Slovenska.

Z hľadiska finančnej dostupnosti služieb sa síce preukázali pomerne významné regionálne rozdiely, avšak v porovnaní s priemerným príjmom podľa okresov možno konštatovať, že v menej rozvinutých okresoch sú poplatky za sociálne služby (opatrovateľskú službu) prispôbené ekonomickej situácii obyvateľov. V prepočte k priemer-

nej hodinovej mzde je najvyššia cena za opatrovateľskú službu poskytovanú obcami v Trnavskom kraji. Cenová politika jednotlivých poskytovateľov sa vo všeobecnosti líši podľa toho, či ide o verejného alebo neverejného poskytovateľa, pričom verejní poskytovatelia majú väčšinou nižšie ceny za poskytované služby. Vyskytujú sa aj situácie, kedy sú sociálne služby poskytované bezplatne, čo predstavuje okrem riešenia situácie so zdravotným znevýhodnením aj sociálnu pomoc. V rozpore s Všeobecným komentárom k nezávislému spôsobu života o tom, že podporné služby musia byť cenovo dostupné všetkým osobám so zdravotným znevýhodnením, sa však javí prax vyššej sadzby za rovnakú službu pre osoby s vyšším stupňom odkázanosti.

Rozvoj siete sociálnych služieb je na Slovensku do značnej miery podporovaný prostredníctvom európskych fondov. Napriek tomu, že z krátkodobého hľadiska ide o nesporne pozitívny krok, ktorý zabezpečuje poskytovanie sociálnych služieb aj v oblastiach s ich nedostatkom, dlhodobo nejde o udržateľný spôsob financovania a je pravdepodobné, že mnohí poskytovatelia nebudú môcť po ukončení projektu pokračovať v poskytovaní sociálnej služby. Pre efektívne budovanie siete komunitných služieb bude preto potrebné nielen vytvoriť udržateľný spôsob financovania, ale aj zabezpečiť, aby sa služby budovali na základe presných dát o potrebách obyvateľstva, ktoré by mali vychádzať z nového Informačného systému sociálnych služieb, ale aj kvalitatívneho výskumu potrieb a preferencií obyvateľstva.

Odporúčania

Ministerstvu práce, sociálnych vecí a rodiny:

- nastaviť taký systém reportovania do Informačného systému sociálnych služieb, ktorý bude motivovať poskytovateľov sociálnych služieb pravidelne aktualizovať údaje;
- využiť Informačný systém sociálnych služieb na realizáciu politík v oblasti sociálnych služieb založenú na dátach a priebežne vyhodnocovať dostupnosť kapacít jednotlivých poskytovateľov s cieľom identifikovať nedostatkové regióny a typy služieb;
- v súčinnosti so samosprávami a vyššími územnými celkami podporovať vznik nových poskytovateľov sociálnych služieb tak, aby boli jednotlivé typy služieb rovnomerne priestorovo rozmiestnené;
- spracovať odporúčania k cenotvorbe pre verejných aj neverejných poskytovateľov, aby nedochádzalo k znevýhodňovaniu konkrétnych skupín klientov a klientiek;
- vytvoriť taký systém financovania sociálnych služieb, ktorý nebude znevýhodňovať obyvateľov menších obcí s nedostatočnými finančnými možnosťami financovať tie sociálne služby, ktoré sú súčasťou ich originálnych kompetencií.

Samosprávam a vyšším územným celkom:

- priebežne zisťovať potreby ľudí so zdravotným znevýhodnením a identifikovať bariéry, ktoré im bránia v prístupe k sociálnym službám;
- spoločne identifikovať bariéry pri poskytovaní sociálnych služieb, ktoré by mali byť riešené na viacerých úrovniach samosprávnych krajov, centrálnych orgánov aj v spolupráci s mimovládny sektorom;
- v prípade potreby vytvárať regionálne zoskupenia na poskytovanie sociálnych služieb, ktoré sú súčasťou ich originálnych kompetencií.

Zoznam grafov a máp

Graf 1	Počet osôb využívajúcich obecnú opatrovateľskú službu podľa stupňa odkázanosti	27
Graf 2	Vývoj počtu klientov a klientiek obecnej opatrovateľskej služby podľa krajov	28
Graf 3	Podiel obcí poskytujúcich opatrovateľskú službu z celkového počtu obcí v samosprávnom kraji	29
Graf 4	Dôvody stanovenia rozdielného poplatku za opatrovateľskú službu podľa charakteristík klientov a klientiek	32
Graf 5	Rok vzniku zariadení podporovaného bývania podľa krajov	37
Graf 6	Počet čakateľov v zariadeniach podporovaného bývania podľa krajov	38
Graf 7	Počet klientov a klientiek denných stacionárov podľa stupňa odkázanosti	39
Graf 8	Rok vzniku denných stacionárov podľa samosprávnych krajov	40
Mapa 1	Priestorové rozloženie obcí poskytujúcich opatrovateľskú službu a okresov s neverejným poskytovateľom opatrovateľskej služby	30
Mapa 2	Priemerná cena opatrovateľskej služby poskytovanej obcou podľa okresov a jej podiel z priemernej hodinovej mzdy v okrese	31
Mapa 3	Priestorové rozmiestnenie rehabilitačných stredísk poskytujúcich ambulantnú formu sociálnej služby podľa zriaďovateľa	35
Mapa 4	Priestorové rozmiestnenie zariadení podporovaného bývania podľa zriaďovateľa a kapacity	37
Mapa 5	Priestorové rozmiestnenie denných stacionárov podľa zriaďovateľa	41
Mapa 6	Kapacita špecializovaných zariadení poskytujúcich ambulantnú formu sociálnej služby podľa zriaďovateľa	42

Zoznam zdrojov

- BAGALOVÁ, L., BIZÍKOVÁ, L., & FATULOVÁ, Z. (2015). Metodika podporujúca inkluzívne vzdelávanie na školách. Štátny pedagogický ústav.
- BERNÁTHOVÁ, A., REITEROVÁ, M., & SOMOROVÁ, H. (2005). Metodické odporúčania na vyučovanie slovenského jazyka v základnom a rozširujúcom kurze štátneho jazyka pre deti cudzincov. MŠVVaŠ.
- BIELIKOVÁ, M. (2020). Monitoring o vzdelávaní a dodržiavaní ľudských práv v školskom a rodinnom prostredí za roky 2004 až 2019. (Trendová analýza zistení za obdobie pätnásť rokov). Bratislava: CVTI. Dostupné na Internete: https://www.cvtisr.sk/cvti-sr-vedecka-kniznica/informacie-o-skolstve/vyskumy-a-prevencia/vyskumy-mladeze/vyskumy-prieskumy-a-analyzy.html?page_id=41197
- CVTI SR. Gymnaziá a športové gymnaziá - časový rad. [cit. 30.9.2021] Dostupné na: <https://www.cvtisr.sk/buxus/docs/JC/rady/radtab04.xls>
- BUCHELOVÁ, B. a kol. (2020). Skvalitňovanie údajov o sociálnych službách. Bratislava: Inštitút sociálnej politiky. Dostupné na: https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/analyticke-centrum/analyticke-komentare/isp_2020-skvalitnovanie-udajov-soc-sluzbach.pdf
- EURÓPSKA KOMISIA. (2010). *Európska stratégia pre oblasť zdravotného postihnutia 2010 – 2020: obnovený záväzok vybudovať Európu bez bariér*. Brusel: Európska komisia.
- EURÓPSKA KOMISIA. (2016). *Charta základných práv Európskej únie*. Brusel: Európska komisia.
- EURÓPSKA KOMISIA. (2021). *Únia rovnosti: Stratégia v oblasti práv osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021 – 2030*. Brusel: Európska komisia.
- EURÓPSKY VÝBOR PRE SOCIÁLNE PRÁVA. (2018). *Záverečné odporúčania 2017*. Slovenská republika. Dostupné na: <https://www.coe.int/en/web/european-social-charter/reporting-system>
- Forum for Human Rights, Validity Foundation, Socia – Nadácia na podporu sociálnych zmien. (2021). *Správa k 11. národnej správe o implementácii Európskej sociálnej charty*. Dostupné na: <https://rm.coe.int/comments-ngos-11th-nr-slovak-republic-2021/1680a334d3>
- HOLÚBKOVÁ, S., ĎURANA, R. (2013). *Odvaha na nové služby*. Bratislava: INESS.
- MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY: *Centrálny register poskytovateľov sociálnych služieb*. Dostupné na: <https://www.employment.gov.sk/dataset/>
- MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. (2021). *Národná stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti*. Bratislava: MPSVaR.
- MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. (2021). *Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2021-2030*. Dostupné na: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/nprss-fin.pdf>
- MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. (2021). *Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021 – 2030*. Dostupné na: https://www.komisarprezdravotnepostihnutych.sk/getmedia/f5d309c8-6eaa-48f9-b590-ef7d776ddfd7/Material_NPRZPOZP_2021-2030.aspx

- MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *Ročný výkaz o vybraných druhoch sociálnych služieb (V(MPSVR SR) 10-01)*. Dostupné na: <https://www.employment.gov.sk/sk/ministerstvo/vyskum-oblasti-prace-socialnych-veci-institut-socialnej-politiky/v10/>
- MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *Ročný výkaz o vybraných druhoch sociálnych služieb pre obce (V(MPSVR SR)11-01)*. Dostupné na: <https://www.employment.gov.sk/sk/ministerstvo/vyskum-oblasti-prace-socialnych-veci-institut-socialnej-politiky/v11/>
- NÁRODNÁ RADA SR. (2008). Zákon o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov. Bratislava.
- Prešovský samosprávny kraj. (2021). *Koncepcia rozvoja sociálnych služieb na území PSK na roky 2020-2025*. Dostupné na: <https://www.po-kraj.sk/sk/samosprava/urad/odbor-svar/dokumenty-odboru/>
- RADA EURÓPY. (1996). *Európska sociálna charta - revidovaná*. Štrasburg: Rada Európy.
- RADA OSN PRE ĽUDSKÉ PRÁVA. (2019). *Správa pracovnej skupiny k univerzálnemu periodickému hodnoteniu. Slovensko*. Ženeva: OSN.
- REPKOVÁ, K. (2020). *Plnenie národných priorít rozvoja sociálnych služieb v rokoch 2015 - 2020*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny.
- SVETOVÁ ZDRAVOTNÍCKA ORGANIZÁCIA. (2021). *Nové usmernenie Svetovej zdravotníckej organizácie sa snaží skončiť s porušovaním ľudských práv v starostlivosti o duševné zdravie*. Ženeva: WHO
- ÚRAD VYSOKÉHO KOMISÁRA OSN PRE ĽUDSKÉ PRÁVA. (2014). *Tematická štúdia o práve osôb so zdravotným postihnutím na nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti*. Ženeva: OSN.
- ÚRAD VYSOKÉHO KOMISÁRA OSN PRE ĽUDSKÉ PRÁVA. (2017). *Všeobecný komentár č. 5 k článku 19 – právo na nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti*. Ženeva: OSN.
- VALNÉ ZHRMAŽDENIE OSN. (1989). *Dohovor o právach dieťaťa*. Ženeva: OSN.
- VALNÉ ZHRMAŽDENIE OSN. (2010). *Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím*. Ženeva: OSN.
- VALNÉ ZHRMAŽDENIE OSN. (2010). *Opčný protokol k Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím*. Ženeva: OSN.
- VLÁDA SR. (2021). *11. národná správa o implementácii Európskej sociálnej charty*. Dostupné na: <https://rm.coe.int/rap-cha-svk-11-2021/1680a1736b>
- Výbor OSN pre práva dieťaťa. (2016). *Záverečné odporúčania ku konsolidovanej tretej až piatej periodickej správe Slovenska*. Ženeva: OSN.
- Výbor OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím. (2017). *Všeobecný komentár č. 5 (2017) k nezávislému spôsobu života a začleneniu do spoločnosti*. Ženeva: OSN.
- Výbor OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím. (2014). *Posúdenie správ predložených zmluvnými štátmi podľa článku 35 Dohovoru*. Slovenská republika. Ženeva: OSN.
- Výbor OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím. (2016). *Záverečné odporúčania k východiskovej správe Slovenska*. Ženeva: OSN.
- Výbor OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím. (2019). *Zoznam otázok, ktorý predchádza predloženiu spojenej druhej a tretej periodickej správy Slovenskej republiky*. Ženeva: OSN.
- Výbor OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím. (2022). *Usmernenie o deinštitucionalizácii, vrátane núdzových situácií*. Ženeva: OSN.