



Analýza dát o dostupnosti a prepojení služieb včasnej intervencie a ranej starostlivosti na Slovensku

Darina Kválová
Martina Mičicová Ľuptáková



Bratislava, 2024

Názov výstupu z prvej etapy:

Analýza dát o dostupnosti a prepojení služieb včasnej intervencie a ranej starostlivosti na Slovensku

Výskumná úloha:

Prepájanie zdravotnej starostlivosti, vzdelávacích a sociálnych služieb pre rodiny s deťmi so zdravotným postihnutím a zo sociálne znevýhodneného prostredia: Analýza súčasného stavu (1. etapa výskumného projektu)

Zadávatel' úlohy:

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR

Autorky:

Mgr. Darina Kválová, PhD., Mgr. Martina Mičicová Ľuptáková

Uloženie výstupu:

Inštitút pre výskum práce a rodiny, Špitálska 25, 27, 812 41 Bratislava, www.ivpr.gov.sk

Abstrakt:

Podpora rodín s deťmi s rizikovým vývinom / so zdravotným znevýhodnením a zo sociálne znevýhodneného prostredia je v súčasnosti na Slovensku realizovaná v rámci troch rezortov, pričom nie je navzájom dostatočne koordinovaná. Cieľom výskumnej úlohy je podporiť nastavenie optimálneho modelu týchto služieb vypracovaním analýzy vybraných ukazovateľov o poskytovaní služieb rodinám s deťmi do 7 rokov veku. Výskumná úloha je realizovaná v dvoch etapách. Predkladaný materiál je výstupom z 1. etapy a zameriava sa na popis teoretických východísk a platnej legislatívy v kontexte dostupnosti a prepájania služieb včasnej intervencie a ranej starostlivosti. Zároveň obsahuje analýzu dostupných štatistických dát o týchto službách v SR.

V rámci nasledujúcej 2. etapy výskumnej úlohy bude realizovaný dotazníkový prieskum medzi rodičmi detí so zdravotným znevýhodnením o využívaní služieb včasnej intervencie a ranej starostlivosti, ako aj rozhovory s vybranými poskytovateľmi týchto služieb a ďalšími relevantnými aktérmi, s cieľom návrhu odporúčaní pre ďalší rozvoj v tejto oblasti.

Kľúčové slová:

Služby včasnej intervencie a ranej starostlivosti. Deti s oneskoreným vývinom / so zdravotným postihnutím a ich rodiny. Dostupnosť a koordinácia služieb. Vývoj počtu poskytovateľov služieb a ich klientov. Multidisciplinárne tímy odborníkov.

Abstract:

In Slovakia, currently the support of families with children with developmental delays / disabilities or those from socially disadvantaged environment is provided within three ministries, and it is not sufficiently coordinated. The main objective of this research project is to contribute to the adoption of well-functioning model of services by analysing selected indicators on the provision of these services to families having children up to 7 years of age. The research project takes place

in two phases. This report is an output from the first phase of the research project, and it focuses on theoretical framework as well as the current legislation in the context of availability and coordination of early childhood intervention services. Further, it contains the analysis of available statistical data on the provision of these services in Slovakia.

Within the 2nd phase of the research project, a survey of parents having children with disabilities will take place on their use of early childhood intervention services. Also, interviews with selected service providers and other key stakeholders will be organised with an aim to propose recommendations for further policy developments in this area.

Key words:

Early childhood intervention services. Children with developmental delays / disabilities and their families. Availability and coordination of services. Trends in numbers of service providers and service users. Multi-disciplinary teams of experts.

Ilustračná fotka na obálke: Markus Spiske, unsplash.com

Pod'akovanie

Za ochotu, príjemnú spoluprácu a promptné odpovede najmä ohľadom poskytovania potrebných štatistických údajov zbieraných jednotlivými ministerstvami ďakujeme Simone Majdanovej a Dane Jabůrkovej z Inštitútu sociálnej politiky na MPSVR SR, Zuzane Haťapkovej zo Sekcie zdravia Odboru zdravotnej starostlivosti na MZ SR a Petrovi Raškovi z Útvaru pre kontakt s verejnosťou MŠVVŠ SR.

Súhrn doterajších zistení

Na tomto mieste ponúkame súhrn hlavných zistení z 1. etapy analýzy služieb včasnej intervencie a ranej starostlivosti na Slovensku:

- Služby VIRS v ranom veku by sa ako také mali zameriavať na podporu celej rodiny s dieťaťom s rizikovým vývinom / so zdravotným postihnutím, mali by uschopňovať rodinu v podpore rozvoja dieťaťa.
- Podľa *Dobrovoľného európskeho rámca kvality* sa má poskytovanie sociálnych služieb občanom riadiť princípmi zahŕňajúcimi geografickú aj finančnú dostupnosť služieb, ich prístupnosť či kontinuitu.
- Napriek tomu, podobne ako pri iných sociálnych službách, ani pre služby VIRS európske krajiny spravidla nemajú presne zadanú geografickú či časovú dostupnosť (čakacie lehoty), prípadne maximálny počet detí na 1 zamestnanca. Služby VIRS sú zvyčajne financované viaczdrojovo. Príkladom prepojenosti služieb VIRS, ktoré sú zastrešované rôznymi rezortmi, je portugalský model multidisciplinárnych tímov na lokálnej úrovni.
- Na Slovensku začali služby VIRS vznikať koncom 80. rokov 20. storočia, v prostredí zdravotníckeho zariadenia, resp. špeciálnych škôl. V súčasnosti je možné rozlíšiť najmä tri prúdy podpory detí v ranom veku – poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v rezorte zdravotníctva, poskytovateľov služby včasnej intervencie v rezorte PSVR, ktoré sú pomerne novou službou, s cieľovým zameraním na intenzívnu podporu rodiny, aj terénnou formou; a špecializované centrá poradenstva a prevencie v rezorte ŠVVŠ, ktoré boli zriadené po transformácii predchádzajúcich poradenských zariadení v roku 2023 a sú okrem iného zamerané podľa druhu zdravotného postihnutia dieťaťa. Popisu súčasného stavu z hľadiska vymedzenia VIRS v troch rezortoch sa už pomerne podrobne venovala *Národná stratégia rozvoja koordinovaných služieb včasnej intervencie a ranej starostlivosti 2022-2030* (MPSVR SR 2022).
- Zákon o sociálnych službách nestanovuje minimálny počet pracovníkov na zriadenie SVI, ani počet pracovníkov na počet klientov, či počet hodín strávených s nimi. Určuje len kvalifikačné predpoklady pre zamestnancov v službe včasnej intervencie. Naopak, príslušná vyhláška MŠVVŠ SR stanovuje, že v ŠCPaP ako odborní zamestnanci pôsobia: špeciálny pedagóg, psychológ, sociálny pedagóg, liečebný pedagóg, logopéd, kariérový poradca. Vyhláška rovnako stanovuje, že ŠCPaP nemôže odmietnuť vykonanie odbornej činnosti pre dieťa s trvalým pobytom v kraji, resp. okrese, v ktorom centrum poskytuje svoje služby. V takomto prípade sa prvý rozhovor so žiadateľom musí uskutočniť do 30 dní odo dňa doručenia žiadosti.
- Proces vstupu a tranzície v službách VIRS na Slovensku popisuje dokument pod názvom *Cesta dieťaťa v ranom veku*. Problematickým sa javí byť nedostatočné / neskoré odosielanie detí z univerzálnej starostlivosti v rezorte zdravotníctva do indikovaných služieb v rezortoch školstva (CPaP / ŠCPP) a práce (SVI), a to aj z dôvodu chýbajúcej špecifikácie a znalostí o tom, pre ktoré situácie sú tieto služby určené.

- Jednoznačné údaje o počte rodín / detí, ktoré by mohli potrebovať služby VIRS, sa na Slovensku nesledujú. V roku 2022 bolo v rôznych systémoch pomoci (hmotná núdza, štátne sociálne dávky, kompenzácie ŽZP, posudková činnosť...), podľa informačného systému RSD MIS 5 073 detí so zdravotným postihnutím. V rovnakom období navštevovalo materské školy takmer 3 100 detí so zdravotným postihnutím.
- Služba včasnej intervencie bola v roku 2022 poskytovaná 2 563 deťom a poradenské zariadenia v rezorte školstva navštevovalo 31 310 detí do 7 rokov. Ambulancie klinických logopédov v r. 2022 navštívilo viac ako 38 000 detí do 7 rokov.
- Najvyšším podielom, takmer 9 %, boli na celkovom počte 301 069 detí do 5 rokov v pediatrických ambulanciách zastúpené deti navštevujúce pediatrickú neurológiu. Ďalej nasledovali deti v ambulanciách klinickej logopédie (6,3 %). Podporu v ČŠPP využívalo 4,7 % detí vo veku do 5 rokov a preukaz osoby so ZP malo len 0,6 % detí v danej vekovej skupine.
- V poradenských centrách výrazne dominovala skupina detí s narušenou komunikačnou schopnosťou¹ (93 %), za ňou nasledovali deti s poruchou autistického spektra (7,9 %) a deti s viacnásobným postihnutím (5,6 %). Aj v materských školách sú najviac zastúpené deti s narušenou komunikačnou schopnosťou (31,3 %). Za nimi nasledovali deti s poruchou autistického spektra (22,3 %) a deti s viacnásobným postihnutím (20,3 %). U PSVI prevládali deti s telesným postihnutím (32,7 %), s pervazívnou vývinovou poruchou (28,4 %) a s mentálnym postihnutím (16,4 %).
- V roku 2022 pôsobilo v SR 46 SVI a 149 ČŠPP (ktoré mali v starostlivosti nielen deti v ranom veku, do 5 rokov).
- Na každé z poradenských zariadení pripadlo v roku 2022 o 4 deti viac ako v roku 2015 – v roku 2022 išlo o 174 detí.
- V uvedenom období sa zvýšil aj počet klientov SVI, z 1 700 na 2 563 (o 51 %).
- V SVI bolo v r. 2022 celkovo 216 plných pracovných úväzkov, čo predstavovalo v priemere 4,7 úväzku na jedného poskytovateľa). Pri celkovom počte 2 563 prijímateľov SVI na jedno zariadenie v roku 2022 pripadlo priemerne 56 klientov a na 1 pracovný úväzok to bolo v priemere 12 klientov. Z toho odborní zamestnanci mali 177 úväzkov, takže na 1 úväzok odborného zamestnanca v priemere pripadlo 15 klientov. Medzi odbornými zamestnancami mali najvyšší počet, 68 úväzkov, sociálni pracovníci, t. j. priemerný počet klientov na 1 úväzok sociálneho pracovníka v SVI bol 38.
- V ČŠPP pracovalo v porovnaní so SVI viac psychológov (nie u každého PSVI bol zamestnaný psychológ na plný úväzok), špeciálnych pedagógov a výrazne viac logopédov (u PSVI boli logopédmi pokryté len 4 plné úväzky, hoci táto profesia nebola zastúpená ani v každom ČŠPP). Naopak, na všetkých 149 ČŠPP pripadlo len 16 úväzkov sociálnych pracovníkov. U PSVI tiež bolo o niečo vyššie zastúpenie fyzioterapeutov ako v ČŠPP.

¹ Narušená komunikačná schopnosť zahŕňa poruchy hovorenej reči, od nesprávneho vyslovovania niektorých hlások (napr. R, S), až po závažné poruchy, vrátane nedostatočnej slovnej zásoby a pod.

- Vo VIRS bolo v roku 2022 celkom 216 úväzkov klinických psychológov, 169 úväzkov psychológov v ČŠPP a 31 úväzkov v SVI. Podobne bolo v zdravotníctve 129 úväzkov klinických logopédov, v školstve išlo o 69 a v SVI o 4 úväzky logopédov. Aj u fyzioterapeutov bol najvyšší počet úväzkov, 277, v ambulanciách v rezorte zdravotníctva. V SVI pôsobilo 22 a v ČŠPP 18 fyzioterapeutov. Opäť pritom treba poznamenať, že hoci počet uvedených odborností je s výnimkou fyzioterapeutov najnižší v SVI, iba táto služba sa zameriava výlučne na raný vek. na druhej strane sú v zdravotníctve skutočné počty úväzkov ešte vyššie, keďže k dispozícii nie sú údaje za nezazmluvnené ambulancie.
- V regionálnom rozložení PSVI sa prejavujú značné rozdiely. V roku 2022 bolo najviac PSVI, 9, v Prešovskom kraji a najmenej, 4, v Bratislavskom kraji, ktorý mal aj najnižší počet zamestnancov, 24. Naopak, najviac, 602 klientov bolo v Bratislavskom kraji a najmenej, 162, v Trenčianskom kraji.
- V bratislavskom kraji bol 2,2-násobne vyšší počet fyziatrických ambulancií ako v žilinskom a trenčianskom kraji s najnižším počtom týchto ambulancií. V prípade logopedických ambulancií išlo až o 3-8-násobný rozdiel medzi počtom ambulancií v bratislavskom kraji na jednej strane a košickom kraji na druhej strane. Rovnako to platí aj o psychologických ambulanciách, ich počet bol takmer 4-krát vyšší v bratislavskom ako v trnavskom a trenčianskom kraji.
- Bratislavský kraj tak bol krajom s najvyšším počtom vybraných špecializovaných pediatrických ambulancií, najnižším počtom 4 PSVI, najnižším počtom 24 úväzkov v SVI, najvyšším počtom 602 klientov a 2. najvyššími výdavkami na služby včasnej intervencie. Táto situácia mohla súvisieť aj s pomerne vysokým počtom 21 ČŠPP na území kraja.
- Naopak, najviac, 9 PSVI, bolo v Prešovskom kraji, s 2. najvyšším počtom, 44 pracovných úväzkov.
- S ohľadom na možnú finančnú dostupnosť sa ukazuje, že z 302 ambulancií fyzioterapie bolo nezazmluvnených 24,5 %, zo 158 ambulancií klinickej logopédie bolo nezazmluvnených 12,7 %, ale pri ambulanciách klinickej psychológie bol podiel nezazmluvnených výrazne vyšší, išlo o 47,8 % z 310 ambulancií.
- Príjmy PSVI medzi rokmi 2019 a 2022 vzrástli o 74 % a dosiahli takmer 3 240 000 EUR. Pri prepočte na 1 PSVI išlo v roku 2022 o sumu 70 433 EUR, pričom mesačne to bolo 5 869 EUR. Pri predpoklade nízkej mzdy vzhľadom na kvalifikačné predpoklady, 0,8-násobku celkovej ceny práce vypočítanom z priemernej mzdy zamestnanca v hospodárstve SR (1 265 EUR) by z uvedenej sumy 1 PSVI mohlo zamestnávať na plný úväzok najviac 4 zamestnancov, pričom na ostatné náklady by malo k dispozícii len približne 800 EUR.
- Najvyšší podiel na príjmoch PSVI majú prostriedky zo zdrojov VÚC (81,7 %). Najvyšší objem prostriedkov na činnosť PSVI vynaložil Banskobystrický kraj (455 250 EUR) a najnižší Nitriansky kraj (245 005 EUR). v Nitrianskom kraji je pritom vyšší počet PSVI ako v Banskobystrickom, hoci pri pohľade na počet klientov je to naopak. Služba včasnej intervencie – stimulácia komplexného vývinu dieťaťa sa v zmysle platnej legislatívy klientom poskytuje bezplatne.

- Pomerne nízky bol podiel príjmov PSVI zo zdrojov EÚ (0,2 %). Dary a príjmy boli na celkových príjmoch zastúpené podielom 5,4 % a zo súkromného sektora 0,9 %. Podiel z 2, resp. 3 % dane z príjmov predstavoval 2,5 %.
- Najvyšším podielom na výdavkoch PSVI boli v roku 2022 zastúpené mzdové náklady (72,8 %). S ohľadom na skutočnosť, že SVI sú služby poskytované aj terénnou formou, cestovné a dopravné náklady spolu predstavovali 1,2 % celkových výdavkov PSVI. na prenájom priestorov PSVI v roku 2022 vynaložili 3,1 % a na energie 1,9 % z celkových výdavkov.

Obsah

Zoznam tabuliek	10
Zoznam grafov	10
Zoznam skratiek.....	11
Úvod	12
1. Kontext výskumu	13
1.1. Teoretické východiská a vybrané skúsenosti zo zahraničia.....	13
1.2. Niektoré doterajšie poznatky o službách VIRS v SR a ich reflexie v hodnotiacich správach a koncepčných dokumentoch	16
2. Metodológia výskumu.....	21
2.1. Ciele výskumu a výskumné otázky	21
2.2. Spôsob zberu dát.....	22
3. Legislatívne vymedzenie služieb VIRS a podmienok ich poskytovania v SR.....	24
3.1. Vymedzenie cieľových skupín a organizačného zabezpečenia služieb VIRS	24
3.2. Podmienky poskytnutia služby a čakacie lehoty	26
3.3. Financovanie služieb VIRS	28
3.4. Koordinácia a sieťovanie	30
4. Štatistické údaje o dostupnosti služieb VIRS pre rodiny s deťmi so zdravotným postihnutím v ranom veku	32
4.1. Veľkosť skupiny detí so zdravotným postihnutím a počet detí so zdravotným postihnutím, ktorým sa poskytuje raná starostlivosť	32
4.2. Počet detí do 7 rokov veku podľa druhu zdravotného postihnutia	36
4.3. Počet poskytovateľov služieb VIRS.....	38
4.4. Zamestnanci v službách VIRS.....	41
4.5. Regionálne rozloženie služieb VIRS	45
4.6. Stručný prehľad financovania.....	47
Záver	52
Zoznam zdrojov	54
Štatistiky	57
Zákony	57

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1: Počty unikátnych pacientov vo vybraných vekových skupinách na pediatrických a detských odbornostiach za rok 2022 - vybrané špecializácie	33
Tabuľka 2: Počet detí poberateľov rodičovského príspevku na deti s dlhodobou nepriaznivým zdravotným stavom vo vybraných rokoch	33
Tabuľka 3: Počet preukazov osoby s ŤZP podľa veku dieťaťa vo vybraných rokoch	34
Tabuľka 4: Počet detí so ZP v poradenských zariadeniach vo vybraných rokoch	35
Tabuľka 5: Počet a podiel detí do 5 rokov v špecializovaných ambulanciách a iných službách	35
Tabuľka 6: Deti podľa druhu zdravotného postihnutia, 2022	37
Tabuľka 7: Prehľad vybraných špecializácií zameraných na pediatriu, 2022	39
Tabuľka 8: Počet poskytovateľov služieb VIRS v rezortoch školstva a práce vo vybraných rokoch	39
Tabuľka 9: Počet detí na jedno ŠCPaP podľa druhu ZP, 2022	40
Tabuľka 10: Priemerný počet pacientov do 7 rokov na 1 ambulanciu, 2022	41
Tabuľka 11: Počet lekárov vo vybraných zazmluvnených špecializovaných pediatrických ambulanciách, 2022	42
Tabuľka 12: Priemerný celkový počet pacientov na 1 úväzok v zazmluvnenej ambulancii	42
Tabuľka 13: Zamestnanci ČŠPP a PSVI vo vybraných rokoch	43
Tabuľka 14: Zastúpenie vybraných profesií v ČŠPP a PSVI, 2022	44
Tabuľka 15: Vývoj počtu odborných zamestnancov ČŠPP vo vybraných rokoch	44
Tabuľka 16: Počet poskytovateľov a prijímateľov služieb VIRS podľa krajov, 2022	46
Tabuľka 17: Prehľad príjmov a výdavkov PSVI vo vybraných rokoch	48
Tabuľka 18: Štruktúra príjmov PSVI v roku 2022	48
Tabuľka 19: Výdavky VÚC na činnosť PSVI v roku 2022	49
Tabuľka 20: Prehľad výdavkov PSVI v roku 2022	50
Tabuľka 21: Príklady s poplatených služieb pre evidovaných klientov	51

Zoznam grafov

Graf 1: Vývoj počtu detí so zdravotným postihnutím v materských školách	34
Graf 2: Podiel detí so ZP v špeciálnych materských školách (špeciálnych a integrovaných) na počte detí v ČSPaP podľa druhu postihnutia, 2022	38
Graf 3: Počet ambulancií klinickej logopédie podľa krajov, 2022	45
Graf 4: Počet ambulancií fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie podľa krajov, 2022	45
Graf 5: Počet ambulancií klinickej psychológie podľa krajov, 2022	46
Graf 6: Počet zariadení VIRS podľa krajov, 2022	47
Graf 7: Výdavky VÚC na činnosť PSVI v roku 2022	49

Zoznam skratiek

CPaP	Centrum poradenstva a prevencie
CPPP	Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie
CŠPP	Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva
MPSVR SR	Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky
MŠVVŠ SR	Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
PSVI	poskytovatelia služby včasnej intervencie
PZ	poradenské zariadenia
SVI	služba včasnej intervencie
ŠCPaP	Špecializované centrum poradenstva a prevencie
VIRS	včasná intervencia a raná starostlivosť
VÚDPaP	Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie
ZP	zdravotné postihnutie

Úvod

Inštitút pre výskum práce a rodiny v rokoch 2023-2024 realizuje výskumnú úlohu so zameraním na mapovanie dostupnosti a možností prepájania služieb včasnej intervencie a ranej starostlivosti (ďalej len „služby VIRS“), pre deti s rizikovým vývinom z dôvodu zdravotného postihnutia a zo sociálne znevýhodneného prostredia a ich rodiny, ktoré sú poskytované v pôsobnosti troch rôznych rezortov – Ministerstva zdravotníctva, Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR a Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny. Za ranú starostlivosť sa pritom považujú služby, resp. intervencie v oblasti zdravotnej starostlivosti, raného poradenstva, vzdelávania a sociálnej pomoci, poskytované deťom od 0-7 rokov veku, za účelom podpory zdravého vývinu dieťaťa.

Táto úloha nadväzuje na *Národnú stratégiu rozvoja koordinovaných služieb včasnej intervencie a ranej starostlivosti 2022-2030* (MPSVR SR 2022), ktorú schválila vláda Slovenskej republiky dňa 28. júna 2022. Jedným zo strednodobých cieľov stratégie je medzirezortné prepojenie zdravotnej starostlivosti, vzdelávacích a sociálnych služieb s cieľom ich zvýšenej synergie, vrátane vypracovania analýzy na zdefinovanie problémov, ktoré by mali byť vyriešené financovaním, ako aj stanovenie nárokovateľnosti intervencií a počtu prijímateľov. Stratégia tiež nadväzuje na Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021-2030, v ktorom je rovnako obsiahnutá úloha Zvýšiť dostupnosť a rozvíjať službu včasnej intervencie, zabezpečiť jej dlhodobú udržateľnosť a kvalitu naprieč celým územím Slovenska.

V uvedenom kontexte je cieľom výskumnej úlohy podporiť nastavenie optimálneho modelu služieb VIRS návrhom odporúčaní pre tvorcov politik najmä na národnej úrovni tak, aby tieto služby boli v rámci dotknutých rezortov pri podpore rodín čo najviac dostupné a koordinované.

Výskumná úloha sa realizuje v dvoch etapách. Prvá etapa bola zameraná na sekundárnu analýzu dát o službách VIRS a zahŕňala popis niektorých zahraničných príkladov poskytovania služieb VIRS, mapovanie aktuálne platnej legislatívy upravujúcej VIRS vo vzťahu k vymedzeným otázkam a analýzu dostupných štatistických dát z troch rezortov o službách VIRS na Slovensku. Jej výsledkom je predkladaný materiál.

Druhá etapa bude zameraná na uskutočnenie empirického výskumu, ktorý bude zahŕňať najmä dotazníkový prieskum medzi rodičmi detí so zdravotným postihnutím o využívaní služieb VIRS a rozhovory s vybranými zástupcami poskytovateľov služieb VIRS. Táto etapa výskumnej úlohy sa bude realizovať v roku 2024.

Predkladaný materiál je členený do štyroch častí. v 1. časti stručne približujeme teoretické východiská poskytovania služieb VIRS, a to na základe niektorých zahraničných príkladov, ako aj predchádzajúcich výskumov o službách VIRS na Slovensku. 2. časť podrobnejšie predstavuje metodológiu výskumnej úlohy, vrátane jej cieľov a výskumných otázok. v 3. časti v kontexte stanovených výskumných otázok popisujeme súčasné organizačné zabezpečenie a podmienky poskytovania služieb VIRS v jednotlivých rezortoch podľa aktuálne platnej legislatívy. v 4. časti analyzujeme dostupné štatistické dáta o poskytovaní služieb VIRS, vo vzťahu k dostupnosti týchto služieb pre všetkých potenciálnych užívateľov. v závere ponúkame krátku reflexiu hlavných zistení z 1. etapy výskumného projektu ako východisko pre plánovaný empirický výskum.

1. Kontext výskumu

Poskytovanie podpory rodinám detí so zdravotným postihnutím nie je na Slovensku novou témou, a to ani z hľadiska výskumu. Cieľom tejto kapitoly tak je stručne predstaviť teoretické rámce a výskumy, ktoré boli východiskom pri príprave nami uskutočneného výskumu.

1.1. Teoretické východiská a vybrané skúsenosti zo zahraničia

V odbornej literatúre sú diskusie o včasnej intervencii pre rodiny s deťmi so zdravotným postihnutím obvykle rámcované systémovým modelom včasnej intervencie podľa Michaela Guralnicka (2011, 2005, 2001), ktorý ako prvý začal klásť dôraz na zameranie včasnej intervencie na podporu celej rodiny (Dobrova-Krol a kol. 2019, Slaná a kol. 2017). Guralnickov systémový model vychádza z predpokladu, že rodinné prostredie najviac ovplyvňuje a najlepšie podporuje vývin detí. Rodinné prostredie pritom zahŕňa rodinné vzorce (vzťahy medzi rodičmi a deťmi), charakteristiky rodičov (osobnostné, vzdelanostné a ďalšie) a stresové faktory vyvolané zdravotným postihnutím dieťaťa (nedostatok informácií o stave a prognóze dieťaťa, úzkosť, nároky na finančné zdroje súvisiace so starostlivosťou o dieťa, príp. strata pocitu istoty) (Slaná a kol. 2017). Programy včasnej intervencie na základe takto definovaných stresových situácií by mali byť zamerané na poskytovanie informácií, vytváranie dostupných služieb a poskytovanie podpory pri stimulácii dieťaťa, vrátane podpory zdrojov v rodine (Slaná a kol. 2017). Systémový model rovnako kladie dôraz na prepojenosť rôznych služieb do systémovej a ucelenej podpory rodín. Takáto prepojenosť je nevyhnutná pre včasnú identifikáciu a komplexnú diagnostiku dieťaťa a jeho rodiny a vytvorenie intervenčného plánu. Prepojenosť služieb je dôležitá aj počas implementácie intervenčného plánu, aby sa predchádzalo tomu, že rodina nedostane niektorú zo služieb, ktoré potrebuje, prípadne duplikovaniu rovnakých typov služieb. K dôležitým princípom modelu patrí včasná identifikácia rodín, individualizovaný prístup a evaluácia, zohľadňovanie kultúrnych špecifik rodiny. Z hľadiska procesu systémový model zahŕňa: skrining a odporúčenie služby rodine, overenie potrebnosti služby pre rodinu u poskytovateľa, začiatok poskytovania služby, interdisciplinárne zhodnotenie situácie rodiny, vyhodnotenie potenciálnych stresových faktorov rodiny, tvorbu a implementáciu intervenčného plánu, hodnotenie napĺňania intervenčného plánu a tranzíciu do ďalšieho prostredia (napr. v súvislosti s nástupom dieťaťa do vzdelávania) (Dobrova-Krol a kol. 2019).

V rovine politických záväzkov sa zabezpečovanie služieb VIRS opiera o viaceré medzinárodné dokumenty, medzi nimi najmä *Dohovor OSN o právach dieťaťa* (OSN 1989), *Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím* (OSN 2006), či *Ciele udržateľného rozvoja Agendy 2030* (OSN 2015) a najmä čiastkový cieľ 4.2: do roku 2030 zabezpečiť, aby všetky dievčatá a chlapci mali možnosť kvalitného rozvoja v ranom detstve, prístup k starostlivosti a predškolskému vzdelávaniu, aby boli pripravení pre základné vzdelanie.

V kontexte zabezpečovania sociálnych služieb, vrátane služieb VIRS, patrí k významným politickým záväzkom *Dobrovoľný európsky rámec kvality* (Rada EÚ 2010), ktorý bol prijatý Radou EÚ v roku 2010. Tento rámec definuje princípy kvality, ktorými sa má riadiť poskytovanie sociálnych služieb občanom EÚ. Princípy kvality zároveň majú za cieľ napomôcť členským štátom pri plánovaní a vyhodnocovaní kvality sociálnych služieb. Konkrétne ide o nasledujúce princípy: dostupnosť (napr. geografickú), prístupnosť (bezbariérovosť), finančnú dostupnosť, zameranie na osobu a jej potreby, prepojenosť (koordinované a integrované služby, ktoré zohľadňujú rôznorodé potreby, schopnosti a preferencie

osoby a jej rodiny), kontinuita (prispôsobovanie služieb podľa skutočných potrieb osoby v čase) a zameranie na výsledok.

Podobne je v rámci záväzkov na národnej úrovni víziou *Národnej stratégie rozvoja koordinovaných služieb včasnej intervencie a ranej starostlivosti 2022-2030* dosiahnutie dostupnosti, kvality, udržateľnosti a poskytovanie efektívnej starostlivosti dieťaťu (MPSVR SR 2022).

Z hľadiska metodológie výskumu bol hlavnou inšpiráciou pri tvorbe výskumného dizajnu *Metodologický sprievodca mapovania služieb včasnej intervencie*, spracovaný Detským fondom OSN UNICEF v r. 2022 (Vargas-Barón, Diehl, Kakabadze), ktorý bol využitý pri mapovaní týchto služieb v Macedónsku, Čiernej Hore a Kosove (Karovska Ristovska a kol. 2022). Tento sprievodca popisuje komplexný súbor výskumných metód zberu a vyhodnocovania dát pre plánovanie a monitoring SVI, vrátane prieskumov, rozhovorov, fokusových skupín, či analýzy finančnej nákladovosti služieb. Odporúča uskutočniť dotazníkový prieskum medzi riaditeľmi /poskytovateľmi SVI, ako aj prieskum medzi ich zamestnancami ako východisko pre fokusové skupiny so zamestnancami, prieskum medzi rodinami a následne fokusové skupiny, ako aj rozhovory so zástupcami kľúčových inštitúcií vytvárajúcich podmienky pre činnosť poskytovateľov SVI, ktorým sú služby poskytované. Cieľom pritom nie je evaluácia jednotlivých poskytovateľov. Tematicky by sa analýza podľa sprievodcu UNICEF mala zameriavať najmä na nasledujúce otázky: Aké je geografické rozmiestnenie služieb, akej skupine detí slúžia, koľko detí ich v súčasnosti využíva, ako zlepšiť ich dostupnosť, akú úlohu zohrávajú rodičia (možnosť ich voľby), aké terénne služby sa poskytujú, či je vývinový skrining u primárneho pediatra priamo prepojený na SVI, aké typy skriningu sa vykonávajú a akými organizáciami, do akej miery sa pri poskytovaní SVI využívajú návštevy v domácnosti, individuálne plány, tranzičné plány, či sú tímy v centrách multidisciplinárne, ako sa zabezpečuje vstupné vzdelávanie nových zamestnancov, ako sú služby financované a kde je priestor pre zlepšenia, s kým služby spolupracujú a na akých princípoch, aké zmeny musia byť prijaté, aby mali všetky deti, ktoré to potrebujú, prístup k SVI.

Napokon, pre stručné porovnanie uvádzame aj niektoré zistenia o SVI v európskom priestore. vo všeobecnosti možno skonštatovať, že podobne ako pri iných sociálnych službách, ani pre služby VIRS európske krajiny spravidla nemajú presne zadefinovanú geografickú či časovú dostupnosť (čakacie lehoty), prípadne maximálny počet detí na 1 zamestnanca.

Metodologický sprievodca UNICEF (2022) uvádza, že z hľadiska procesu je v mnohých krajinách bežné, že deti s potrebou služby VIRS sú najskôr identifikované pri pravidelných preventívnych zdravotníckych prehliadkach a vývinových skriningoch. Aj keď frekvencia návštev je pri každej rodine individuálna, spočiatku môže ísť o 2-4 návštevy týždenne, neskôr 1 návštevu týždenne, resp. o jednu návštevu za mesiac. Po stabilizácii situácie rodiny a vývoja dieťaťa sa návštevy uskutočňujú raz za 3, resp. 6 mesiacov, do obdobia, kým dieťa nastúpi do vzdelávania. Frekvencia stretnutí by sa mala upravovať po dohode poskytovateľa VIRS s rodinou.

V rámci projektu *Agora*, ktorý realizovalo Európske združenie včasnej intervencie Eurlayid, bola v roku 2019 spracovaná komparatívna štúdia SVI v piatich krajinách (Dobrova-Krol a kol.) – Bulharsku, Maďarsku, Poľsku, Rumunsku a Slovensku. Autori konštatujú, že vo všetkých piatich krajinách sú SVI poskytované prostredníctvom multidisciplinárnych tímov. Ďalšou podobnosťou je viaczdrojové financovanie týchto služieb. Na druhej strane vo väčšine týchto krajín chýba systematický monitoring dostupnosti týchto služieb v najširšom slova zmysle – geografickej, časovej, finančnej. Správa okrem iného popisuje ako príklad dobrej praxe stanovené kritériá odporúčania detí zo zdravotníckej

starostlivosti do služieb včasnej intervencie (SVI) v Bulharsku. Konkrétne ide o nasledujúce kritériá: vek dieťaťa (do 6 rokov), zdravotné postihnutie, alebo riziko vzniku zdravotného postihnutia (diagnostikovaný zdravotný problém, ktorý dieťa limituje v niektorej oblasti), riziko umiestnenia v náhradnej starostlivosti, oneskorený vývin v niektorej oblasti (motorická, rečová, kognitívna, sociálna, emočná), miesto pobytu (rodina by mala bývať v mieste, kde jej je služba poskytovaná). Takisto sú stanovené nasledujúce kritériá pre identifikáciu tých detí, ktorým sa SVI neposkytujú automaticky, ale sú pozývané na pravidelné kontrolné prehliadky s možnosťou ponuky týchto služieb v prípade potreby: deti s oneskoreným vývinom v jednej alebo viacerých oblastiach, deti ohrozené oneskoreným vývinom (predčasne narodené, s nízkou hmotnosťou, s komplikáciami pri pôrode), deti ohrozené kvôli biologickým alebo genetickým predispozíciám, deti ohrozené kvôli prostrediu – zo sociálne znevýhodneného prostredia (nízke vzdelanie rodičov, domáce násilie a pod.).

Komparatívnu štúdiu s podobným zameraním spracovala aj Európska sieť poskytovateľov sociálnych služieb EASDP v roku 2020. V správe sa okrem iného konštatuje, že vo Fínsku patrí k výzvam pri poskytovaní služieb VIRS nedostatočná koordinácia, keďže za ich plánovanie a financovanie zodpovedajú jednotlivé samosprávy. V Poľsku sú zase služby VIRS zabezpečované v rezorte školstva, hoci skôr ako dodatočná úloha vzdelávacích inštitúcií, nie v rámci samostatnej siete poskytovateľov. Okrem toho je výzvou v Poľsku včasná identifikácia detí, pre ktoré by tieto služby boli vhodné.

V ČR bola najnovšia analýza SVI spracovaná v roku 2022, v súvislosti s prípravou stratégie rozvoja VIRS v ČR (Matyášová, Barlová 2022). V tom období v ČR pôsobilo 49 poskytovateľov SVI. Zber dát prebiehal formou dotazníkového prieskumu. V uvedenej správe sa konštatovalo, že celková kapacita postačuje na podporu 14 % detí so ZP a ich rodín v ČR, a je teda nedostatočná. Čakacie lehoty na poskytnutie služby evidovalo 61 % poskytovateľov naprieč všetkými cieľovými skupinami, hoci najdlhšie boli u detí s autizmom a ďalej u detí s telesným, mentálnym a kombinovaným postihnutím. Čakacie lehoty sa pohybovali v rozmedzí 35 až 434 dní. Poradovníky ovplyvňuje regionálna nevyváženosť a systém rôzneho plánovania a financovania sociálnych služieb v jednotlivých krajoch. Finančné príspevky z krajov a z ministerstva práce spravidla pokrývajú 60-80 % nákladov PSVI.

Naopak, v Macedónsku, ktoré má podstatne nižší počet obyvateľov ako ČR aj SR (2 085 483), v roku 2022 pôsobilo 55 PSVI, ktoré poskytovali služby pre 7 809 detí, t. j. v priemere pre 185 detí v každom z nich (Kostadinovska a kol. 2022). Správa z výskumu pre UNICEF odhaduje, že PSVI v Macedónsku tak poskytli služby pre 58 % detí, ktoré by včasnú intervenciu mohli potrebovať. Čo sa týka odporúčaní do centier, najčastejšie, v 29 % prípadov, kontaktujú rodičia centrá z vlastnej iniciatívy, v 22 % prípadov je to na základe odporúčania z materských škôl, a u 19 % na základe odporúčania zo zdravotníckych zariadení.

Zaujímavým príkladom poskytovania služieb VIRS je Portugalsko. v Portugalsku služby VIRS vznikli ako reakcia na desegregáciu detí so ZP v špeciálnych školách v 80. rokoch 20. storočia. Od r. 2008 je legislatíva v oblasti školstva založená na princípoch inklúzie, vrátane posudzovania funkčnosti a potrieb podpory dieťaťa na základe bio-psycho-sociálneho modelu zdravotného postihnutia a Medzinárodnej klasifikácie funkčnosti, dizability a zdravia pre deti a mládež (Coelho et al. 2017). Cieľom je podporovať deti a ich rodiny v plnej účasti na bežnom živote a rozvoji ich potenciálu. Od r. 2009 bol vytvorený systém VIRS, označovaný ako SNIPI, ktorý sa v Portugalsku uplatňuje aj v súčasnosti. Je určený pre deti vo veku 0-6 rokov a jeho cieľom je prevencia neúspešných výsledkov a začlenenia detí v školskom

prostredí. Zameriava sa na deti so ZP, alebo s vážnym rizikom oneskoreného vývinu a zahŕňa účasť troch rezortov: školstva, zdravotníctva, sociálnych vecí (Vitor et al. 2017).

Do vzniku systému SNIPI zodpovedalo ministerstvo sociálnych vecí za rehabilitačné inštitúcie a organizácie pracujúce s osobami so ZP, MZ malo v pôsobnosti terapeutické a zdravotnícke výkony a ministerstvo školstva vzdelávacie potreby detí. Všetky rezorty mali vlastné metodológie a postupy práce s dieťaťom. Na základe legislatívy z r. 2009 však začali vznikať miestne intervenčné tímy so zastúpením rôznych odborníkov. V každom tíme sú zastúpení špeciálni pedagógovia, psychológovia, sociálni pracovníci, fyzioterapeuti, logopédi, niekedy aj lekári. Tímy vznikajú na základe dohôd o spolupráci medzi tromi rezortmi, ktoré uzatvárajú mimovládne organizácie zapojené do systému SNIPI v jednotlivých regiónoch. Napríklad v regióne Alentejo, ktorý sa rozkladá na jednej tretine územia krajiny, v r. 2017 pôsobilo 31 miestnych tímov s 300 odborníkmi, ktoré podporovali 2 471 detí. Činnosť tímov formálne zastrešovalo 29 MVO (Vitor et al. 2017). Z uvedeného počtu podporovaných detí dostávalo 14 % podporu výlučne v domácom prostredí, 37 % v MŠ a 41 % kombinovane v domácom prostredí a MŠ. Viac ako 80 % detí bola podpora poskytovaná 1- až 2-krát týždenne, v trvaní 1 hod. Tímy majú k dispozícii autá. Niektoré z nich pôsobia v zdravotníckych zariadeniach, čo uľahčuje včasnú identifikáciu detí. V systéme má naďalej kľúčovú úlohu pri identifikácii detí so ZP / rizikovým vývinom a ich odporúčaní do ďalších služieb rezort zdravotníctva. Okrem toho sú prepojené aj na univerzity, čo sa týka výskumu aj vzdelávania (Vitor et al. 2017). Pokiaľ ide o využívanie Medzinárodnej klasifikácie funkčnosti, dizability a zdravia pre deti a mládež, tá sa v službách VIRS v Portugalsku ukazuje byť vhodným komunikačným jazykom medzi odborníkmi v rôznych oblastiach. Na druhej strane je uplatňovanie teoretického rámca tejto klasifikácie a jej východísk v praxi VIRS pre členov tímov stále výzvou, takže je potrebné klásť dôraz na vzdelávanie v tejto oblasti (Coelho et al. 2017).

1.2. Niektoré doterajšie poznatky o službách VIRS v SR a ich reflexie v hodnotiacich správach a koncepčných dokumentoch

Na Slovensku sa prvé iniciatívy v oblasti VIRS objavili koncom 80-tych rokov 20. storočia. Ako uvádza Cangár a kol. (2016), najskôr v roku 1986 Prof. Karol Matulay založil Úsek včasnej diagnostiky a terapie detí s rizikovým vývinom pri Detskej psychiatrickej klinike v Bratislave. Zámerom bolo sústrediť základné zdravotnícke, psychologické, liečebno-pedagogické a špecializované služby tvoriace komplexnú starostlivosť o dieťa na jednom pracovisku a celý systém tak priblížiť rodine a dieťaťu. v začiatkoch realizácie včasnej intervencie formou Úseku včasnej diagnostiky a terapie detí bolo prepojenie s rodinami dieťaťa so zdravotným postihnutím, prostredníctvom Združenia na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím v SR a jeho miestnymi združeniami. Pracovníci Úseku včasnej diagnostiky a terapie sa priamo podieľali na vzniku rodičovských svojpomocných skupín po celom Slovensku. Realizovali sa vzdelávania, diskusie, ale aj individuálna podpora rodín. Pred rokom 2000 spolupracoval Úsek včasnej diagnostiky a terapie detí s 52 rôznymi centrami, poskytujúcimi včasnú diagnostiku a terapiu detí s rizikovým vývinom a včasnú intervenciu ambulantnou formou (Cangár a kol. 2016). Od roku 2015 toto pracovisko funguje pod názvom Pracovisko dlhodobej starostlivosti o rizikových novorodencov Neonatologickej kliniky intenzívnej medicíny (NKIM) Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a venuje sa len deťom do troch rokov. Jeho primárnym zameraním je poskytovanie zdravotnej starostlivosti².

² <https://www.fmed.uniba.sk/pracoviska/klinicke-pracoviska/neonatologicka-klinika-intenzivnej-mediciny-lf-uk-a-nudch-bratislava/>

Podobne v októbri 1987 vznikla na dobrovoľnej báze tyfopedická poradňa pri Základnej škole internátnej pre nevidiacich v Levoči. Pôsobili v nej zamestnanci školy – školská psychologička, učiteľky materskej školy a sociálny pracovník. Jej vznik bol podmienený naliehavými požiadavkami z praxe, problémami s vyhľadávaním a evidenciou detí so zrakovým postihnutím a z toho vyplývajúcim oneskoreným poskytovaním odbornej pomoci. Od septembra 1991 potom bola zriadená Špeciálnopedagogická poradňa pri Základnej škole internátnej pre nevidiacich v Levoči, ktorá sa postupne transformovala na súčasné Špecializované centrum poradenstva a prevencie pre deti a žiakov so zrakovým postihnutím³. Pôvodne sa tak včasná intervencia týkala skôr predškolských programov so zameraním na vzdelávanie detí. Postupne sa rozširovala na prácu s rodinou, pomoc, podporu a vzdelávanie rodičov a v neposlednom rade na rovnocennú spoluprácu medzi profesionálmi a rodičmi s cieľom ich maximálneho možného začlenenia do spoločnosti (Slaná a kol. 2017).

Aj v tomto kontexte potom od januára 2014 nadobudol účinnosť legislatívny rámec pre poskytovanie SVI v rezorte práce, čím sa mala vyplniť medzera pri poskytovaní týchto služieb rodinám po odchode zo zdravotníckych zariadení. ČŠPP sa v tomto smere javili ako preťažené (Cangár a kol. 2016). Otázkou tiež bolo, či sú odborní pracovníci ČŠPP svojimi nástrojmi a vedomosťami pripravení na prácu s malými deťmi (0-3 roky). Okrem toho do transformácie v roku 2023 viaceré štátne ČŠPP vykonávali svoju činnosť pri existujúcich špeciálnych materských škôlkach a školách a boli ľudskými zdrojmi priamo naviazané na zamestnancov týchto škôl. Rodičia túto skutočnosť vnímali ako ohrozujúcu z hľadiska budúceho vzdelávania svojich detí ČŠPP si „pripravovali“ budúcich žiakov namiesto toho, aby ich pripravovali na vzdelávanie v bežných školách. Napokon, na rozdiel od PSVI poskytovali ČŠPP predovšetkým ambulantné služby, kam rodičia so svojimi malými deťmi musia dochádzať (Cangár a kol. 2016).

K zatiaľ najaktuálnejšej významnejšej zmene v poskytovaní služieb VIRS došlo od roku 2023, transformáciou systému poradenstva a poradenských zariadení v rezorte školstva, ktorú podrobnejšie predstavujeme v časti 3.1 tohto textu.

Zároveň bolo vo vzťahu k službám VIRS v SR rôznymi organizáciami spracovaných viacero hodnotiacich správ, ktoré identifikovali problémy a výzvy pri ich zabezpečovaní. Cangár a kol. (2016) napr. uviedli, že včasná diagnostika by mala prebiehať pod rezortom zdravotníctva a v prípade potvrdenia odchýlky vo vývine dieťaťa by súčasťou starostlivosti mala byť psychologická podpora rodine. Autori takisto formulovali predpoklad, že sieť služieb včasnej intervencie bude kompletná, ak dosiahne počet 30 PSVI, s minimálne 150 odbornými pracovníkmi, pričom 1 takto postavené PSVI musí mať v zazmluvnenej podobe 50-60 rodín.

V roku 2018 bola vytvorená *Správa o stave včasnej intervencie na Slovensku* (Fričová, Matej, Tichá) ako vstupný materiál v rámci projektu Agora, ktorý realizovala Asociácia poskytovateľov a podporovateľov včasnej intervencie spolu s partnermi zo 4 krajín strednej a východnej Európy. Správa sa opierala o dotazníkové zisťovanie medzi všetkými vtedajšími poskytovateľmi SVI (26) a štruktúrované rozhovory s rodinami (4) a poskytovateľmi (6). Zber aj analýza dát sa diali za asistencie Inštitútu zdravotnej politiky, Nadácie SOCIA, odborníka z MZ SR a Odboru kompetencií a financovania regionálneho školstva. Záverom ich výskumu bolo konštatovanie nízkej dostupnosti (finančnej, regionálnej aj informačnej), slabej koordinácie naprieč sektormi a potreby posilniť jednotlivé tranzície. Napriek nízkej dostupnosti tiež odhadovali neúplné naplnenie kapacít (len asi na 60 % za predpokladu

³ <http://www.centrumzrak.sk/index.php/o-nas/historia?view=article&id=35:prvotna-informacia&catid=12>

15 rodín na jedného zamestnanca na plný úväzok), čo vysvetľovali krivkou prírastku 20 rodín za rok po vzniku služby. Konštatovali aj nedostatok lekárov-špecialistov pre deti do 7 rokov a ešte akútnejšie pre tie do 3 rokov, pričom predpokladali v nasledujúcich 3-5 rokoch 5-6 násobný nárast dopytu po SVI. Podiel detí so zdravotným postihnutím a s rizikovým vývojom do 7 rokov veku odhadli na 3,5 % populácie detí do 7 rokov, čo predstavuje približne 14 000 detí; z toho v roku 2018 bolo SVI sprevádzaných 515 rodín, čo predstavuje podiel 3,7 % na odhadovanej cieľovej skupine. Ich odhad počtu potrebných detí vychádzal z prieskumu u pediatriov, z ročenky NCZI z roku 2014, z výkazov o školských zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie a z odhadov Svetovej zdravotníckej organizácie. Čo sa týka prechodu medzi službami, podľa správy nebolo jeho plánovanie medzi zdravotníckym prostredím a rodinou (alebo ďalšou službou) štandardizované a prebiehali len pilotné projekty medzi niektorými poskytovateľmi SVI a nemocnicami.

Na možnosť rozšírenia využitia SVI pre deti zo sociálne znevýhodneného prostredia poukázala v roku 2020 analýza *Situácie v krajinách EÚ ohľadom služby včasnej intervencie* (Slaná a Schneiderová 2020) realizovaná neziskovou organizáciou Človek v ohrození. Analýza sa zamerala na situáciu v siedmich európskych krajinách ohľadom rozsahu, fungovania a cieľov tejto služby, na základe čoho navrhuje rozšírenie SVI na Slovensku aj do marginalizovaných rómskych komunít.

Analýza stavu ľudských zdrojov v systéme prevencie a poradenstva, spracovaná Sojkovou a kol. (2021), poukázala na potrebu posilnenia personálnych kapacít v poradenských zariadeniach v rezorte školstva. Z analýzy vyplynulo, že najpočetnejšou skupinou zamestnancov v CPPP boli psychológovia, po ktorých nasledovali špeciálni pedagógovia, sociálni pedagógovia a nakoniec liečební pedagógovia. Sociálni pracovníci, ktorí sú kľúčoví pre poskytovanie SVI, boli zastúpení zriedkavo. Autori takisto poukázali na potrebu rozlišovať medzi úväzkami zamestnancov a celkovým počtom zamestnancov, keďže úväzky sa ukázali byť výrazne nižšie ako počet zamestnancov, čo autori dokumentujú až na úrovni jednotlivých okresov. Napríklad, v roku 2020 pracovalo v štátnych ČŠPP 405 odborných zamestnancov, spolu išlo o 297,41 úväzkov.

V roku 2022 bola Inštitútom sociálnej politiky publikovaná analýza nákladov a prínosov včasnej intervencie pri poruchách autistického spektra s názvom *Najvyšší čas na včasnú intervenciu* (Salomonsová 2022), v ktorej autorka tiež poukazuje na nízku dostupnosť a slabú prepojenosť služieb. Poukazuje aj na skúsenosti zo zahraničia, podľa ktorých najlepšie výsledky pri deťoch s pervazívnou poruchou prinášajú terapie v intenzite 25-40 hodín týždenne, ktorých dostupnosť aj finančná podpora sú na Slovensku limitované. Autorka tiež varuje pred nízkou mierou zachytenia detí s pervazívnou poruchou zdravotníckymi štatistikami oproti odhadovanej miere.

Napokon boli vo viacerých strategických dokumentoch už aj formulované ciele týkajúce sa ďalšieho rozvoja služieb VIRS. *Stratégia inkluzívneho prístupu vo výchove a vzdelávaní do roku 2030*, schválená vládou SR v decembri 2021 (MŠVVŠ 2021), ktorá sa ako jednej z oblastí venuje reforme poradenského systému v školstve, okrem iného napr. deklarovala, že súčasťou poradenského tímu budú aj sociálni pracovníci, aby sa tak podporila jeho multidisciplinárnosť. Medzi uvádzanými zámermi bolo napr. vytvorenie terénnej služby a podpora odborného usmerňovania terapeutických činností rodičov detí.

Stratégia všeobecnej ambulantnej starostlivosti do roku 2030 (MZ 2022) ako kľúčový dokument pri zabezpečovaní VIRS v rezorte zdravotníctva okrem iného identifikovala problém nedostatku primárnych pediatriov, čo následne súvisí s potenciálnymi zmenami zodpovedností pri identifikácii detí s rizikovým vývinom, posilnením počtu ošetrovateľského tímu a administratívnych pracovníkov v

ambulancii. Stratégia napr. navrhuje doplniť tím ambulancie o sestru špecialistku v ošetrovateľskej starostlivosti v pediatrii (ďalej len „komunitnú sestru pre dieťa a rodičov“), ktorej úlohou by bola starostlivosť o novorodencov až do 18 mesiaca veku dieťaťa (MZ 2022). Komunitná sestra by konkrétne vykonávala edukáciu rodičky a matky (vrátane praktického či laktačného poradenstva), vyhodnocovala potreby a reakcie dieťaťa na zmenu zdravia, vrátane posúdenia rizikových faktorov v rámci preventívnych prehliadok, vykonávala preventívnu prehliadku č. 1 (do 48 hodín po prepustení z nemocnice), preventívnu prehliadku č. 3 a 4 (okrem vyšetrenia bedrových kĺbov), č. 7, 8 a 10, pričom v prípade spozorovania odchýlky okamžite upozorňuje lekára. Podľa stratégie by Komunitná sestra mala pôsobiť ako samostatný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (fyzická osoba so samostatnou praxou alebo výkon povolania pre poskytovateľa) alebo v rámci ADOS, ktorý sa stará o novorodencov po dohode s príslušnými primárnymi pediatrami⁴. Sestra by mala spolupracovať so zmluvnými primárnymi pediatrami, ktorým by mala hlásiť zdravotný stav novorodencov (MZ 2022).

Okrem toho v rámci plnenia záväzkov vyplývajúcich z *Národného programu rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021 – 2030* Ministerstvo zdravotníctva SR do roku 2025 v spolupráci s ústavnými zdravotníckymi zariadeniami, najmä Národným ústavom detských chorôb v Bratislave, Detskou fakultnou nemocnicou s poliklinikou Banská Bystrica a Detskou fakultnou nemocnicou Košice, na základe alokácie finančných prostriedkov z fondov EÚ v rámci Partnerskej dohody/Programu Slovensko pilotne vytvorí podmienky na dostupnosť komplexnej interdisciplinárnej starostlivosti (tzv. „podporných tímov“), ak bolo u dieťaťa identifikované riziko funkčných obmedzení pri zdravotnom postihnutí / pri predpokladanom vývoji zdravotného postihnutia, a to najmä v starostlivosti o raný detský vývin, zriadením odborných centier pre uľahčenie prechodu z ústavnej zdravotnej starostlivosti do komunitnej starostlivosti, so zameraním na zdravie, výživu, a vývin dieťaťa s podporou rezpozívneho rodičovstva a možností vývinovej stimulácie, vrátane adresného odporúčenia do starostlivosti v regióne. v čase prípravy tohto materiálu v tejto súvislosti prebiehala komunikácia s riaditeľmi nemocníc a inými odborníkmi, zameraná na zisťovanie aktuálneho stavu a hľadanie možných riešení na splnenie predmetnej úlohy.

Národná stratégia rozvoja koordinovaných služieb včasnej intervencie a ranej starostlivosti 2022-2030 (MPSVR SR 2022) a jej *Akčný plán na roky 2022-2023*⁵ ako ďalšie zo strategických dokumentov vo vzťahu k službám VIRS zase medzi strednodobými cieľmi napríklad uvádzajú vypracovanie metodík zameraných na postupy pri poskytovaní služieb VIRS tak, aby sa nastavila minimálna kvalitatívna úroveň poskytovania týchto služieb na celom území SR. Ďalším z cieľov stratégie je zabezpečiť efektívny systém odosielania detí s potrebou pomoci pri plnom rozvoji vývinového potenciálu, vrátane detí so zdravotným postihnutím, resp. detí zo sociálne znevýhodneného prostredia, do systémov podpory a pomoci v rezortoch školstva, zdravotníctva a práce, sociálnych vecí a rodiny. Na stratégiu a jej akčný plán v roku 2023 nadviazal materiál *Cesta dieťaťa* (MPSVR 2023), ktorého cieľom bolo vytvorenie prehľadnej schémy spolupráce medzi jednotlivými subjektmi v troch rezortoch, minimalizovanie duplicity a zadefinovanie vstupu dieťaťa / rodiny do systému (bližšie pozri časť 3.4 tohto materiálu).

⁴ Rozšírenie rozsahu praxe navrhovaných zdravotníckych povolání vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti si vyžaduje úpravy Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a Vyhlášky č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach.

⁵ Dostupné na: <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/>

Uvedené hodnotiace správy, ako aj strategické dokumenty, tak poukazujú na potrebu zvyšovania dostupnosti a podporu prepájania služieb VIRS, čomu sa budeme podrobnejšie venovať v nasledujúcich kapitolách.

2. Metodológia výskumu

V tejto kapitole predstavujeme metodológiu výskumu, ktorý plánujeme uskutočniť v rámci riešenej výskumnej úlohy.

2.1. Ciele výskumu a výskumné otázky

Stanovenie cieľov výskumu sa odvíja od zámeru zadaného v *Národnej stratégii rozvoja koordinovaných služieb včasnej intervencie a ranej starostlivosti 2022-2030 v tejto oblasti, ktorým je medzirezortné prepojenie zdravotnej starostlivosti, vzdelávacích a sociálnych služieb s cieľom ich zvýšenej synergie*. Výskum tak má nasledovné ciele:

- Zmapovať dostupnosť služieb VIRS pre deti so zdravotným postihnutím a ich rodiny v najširšom slova zmysle, vrátane geografickej, časovej, či finančnej dostupnosti týchto služieb,
- Identifikovať osvedčené stimuly a bariéry prepájania služieb VIRS,
- Zmapovať súčasné nastavenie intenzity a foriem poskytovaných služieb / frekvencie kontaktov s rodinou terénnou aj ambulantnou formou, vrátane námetov relevantných aktérov pre budúce úpravy v tejto oblasti.

Hlavné výskumné otázky sú nasledovné:

1. Aká je dostupnosť služieb VIRS na základe štatistických dát a v čom sa ukazujú jej najväčšie nedostatky?
2. Ako vnímajú dostupnosť služieb VIRS (s dôrazom na jej rôzne aspekty) rodičia detí so zdravotným postihnutím?
3. Ktoré sú príklady dobrej praxe a hlavné výzvy pri zabezpečovaní informovanosti rodičov detí so zdravotným postihnutím o možnostiach využitia služieb VIRS?
4. Aká je spokojnosť rodičov s frekvenciou a formou kontaktov v rámci poskytovanej služby?
5. Ktoré sú príklady dobrej praxe a limity prepájania služieb pri podpore rodín a detí so zdravotným postihnutím?
6. Približne do akej miery dochádza k súbežnému využívaniu služieb SVI ako sociálnej služby a (špecializovaných) centrách poradenstva a prevencie a aké sú pohľady relevantných aktérov na potrebu podpory súbežného využívania týchto služieb?
7. Ako hodnotia poskytovatelia služieb VIRS zmeny v uspokojovaní dopytu po týchto službách (najmä od roku 2015) a aké sú podľa ich skúseností možnosti zadaného nároku náročnosti intervencií a maximálneho počtu prijímateľov služby?
8. Ako v kontexte dostupných štatistických dát vnímajú ďalšie možnosti zabezpečovania kvalitnej podpory rodinám s deťmi so zdravotným postihnutím v ranom veku, vrátane detí zo sociálne znevýhodneného prostredia, zástupcovia príslušných ministerstiev, samosprávnych krajov, asociácií rodičov aj poskytovateľov?

2.2. Spôsob zberu dát

Pri návrhu spôsobu zberu dát bolo popri teoretických východiskách, predstavených v predchádzajúcej kapitole, potrebné brať do úvahy aj niektoré ďalšie okolnosti:

- V SR sú služby VIRS poskytované primárne tromi typmi poskytovateľov – poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti v rezorte zdravotníctva, poskytovateľmi včasnej intervencie a poradenskými zariadeniami v rezorte školstva, ktoré navyše od roku 2023 prešli významnou transformáciou.
- Vzhľadom na ciele výskumu je užitočné zachytiť aspoň do určitej miery skúsenosti rodín, ktoré majú dieťa so zdravotným postihnutím, ale služby VIRS nevyužívajú.
- Významnou témou v oblasti služieb VIRS sa ukazuje ich financovanie, čo sa premietlo napr. aj v *Národnej stratégii rozvoja koordinovaných služieb včasnej intervencie a ranej starostlivosti 2022-2030*. Na pôde Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR v súčasnosti prebieha príprava reformy financovania sociálnych služieb. Aj z tohto dôvodu nepatrí otázka optimálneho modelu financovania a výšky finančných príspevkov k hlavným cieľom tohto výskumu.

V kontexte uvedeného navrhujeme uskutočniť výskum pozostávajúci z dvoch fáz:

1. Sekundárna analýza dát (jej výsledkom je predkladaný materiál),
2. Zisťovanie založené na dotazníkovom prieskume a rozhovoroch s relevantnými aktérmi (výsledky budú spracované v samostatnom materiáli v roku 2024).

1. fáza výskumu

V rámci 1. fázy výskumu bola uskutočnená desk research analýza dostupnej literatúry a administratívnych dát o veľkosti skupiny detí so zdravotným postihnutím a poskytovateľoch služieb VIRS. Jej cieľom bolo zhromaždiť v kontexte výskumných otázok aktuálne dostupné dáta tak, aby slúžili aj ako východisko pre prípravu dotazníkov, rozhovorov, fokusových skupín v rámci 2. fázy výskumu. Štatistické dáta boli získavané podľa citovaných zdrojov, ako aj na vyžiadanie od Inštitútu sociálnej politiky MPSVR SR (údaje zo systému RSD MIS a z Informačného systému sociálnych služieb), rovnako na vyžiadanie z Centra vedecko-technických informácií SR a aj od Ministerstva zdravotníctva SR. Výstup z 1. fázy, ktorým je predkladaný materiál, bol konzultovaný so zástupcami MPSVR SR, MZ SR a ďalšími vybranými odborníkmi, ktorí nebudú figurovať ako respondenti vo výskume, s cieľom získať spätnú väzbu k presnosti a komplexnosti uvádzaných zistení.

2. fáza výskumu

V rámci 2. fázy výskumu, ktorá nadväzuje na zistenia z 1. fázy, bol uskutočnený:

- dotazníkový prieskum medzi rodičmi detí so zdravotným postihnutím: primárne realizovaný online formou, obsahovo nadväzujúci na relevantné výskumné otázky. Cieľovou skupinou sú rodičia detí so ZP bez ohľadu na to, či využívajú služby VIRS alebo nie, resp. ktorú zo služieb využívajú.
- Rozhovory s riaditeľmi a zamestnancami PSVI, ŠCPaP a zástupcom/kyňou pediatrickej ambulancie, so zameraním na hodnotenie vývinu, dobrej praxe a problémov pri poskytovaní služieb VIRS. Medzi oslovenými poskytovateľmi budú verejní aj neštátni/neverejní, s ohľadom na regionálne rozloženie, zároveň aj takí, ktorí súčasne pôsobia ako PSVI aj ako ŠCPaP, príp. poskytujú poradenstvo aj v zdravotníckom zariadení.
- Rozhovory / fokusová skupina so zástupcami vybraných samosprávnych krajov a ministerstiev, s cieľom identifikácie možností zlepšovania dostupnosti a prepájania služieb VIRS.

Podrobnejšie obsahové zameranie dotazníka a tematických okruhov rozhovorov bude uvedené v samostatnej správe z výskumu v roku 2024.

3. Legislatívne vymedzenie služieb VIRS a podmienok ich poskytovania v SR

V tejto kapitole uvádzame kľúčové definície v oblasti poskytovania VIRS a ich ukotvenie v príslušných právnych predpisoch, ako aj legislatívnu úpravu tých podmienok poskytovania služieb VIRS, ktoré sú predmetom ďalšej analýzy v rámci uskutočneného výskumu.

3.1. Vymedzenie cieľových skupín a organizačného zabezpečenia služieb VIRS

Včasnú intervenciu môžeme podľa Asociácie poskytovateľov a podporovateľov včasnej intervencie (2018) chápať v širšom aj užšom slova zmysle. Užšie chápanie sa obmedzuje na definíciu sociálnej služby vymedzenú zákonom, ktorému sa venujeme nižšie. Širšie vymedzenie zahŕňa v SR súbor intervencií a opatrení naprieč tromi rezortmi – MZ SR, MPSVR SR, MŠVVŠ SR:

V pôsobnosti rezortu zdravotníctva sa VIRS zameriava najmä na prevenciu, diagnostiku a liečenie realizované ambulantnou alebo pobytovou formou, a tiež zabezpečenie zdravotníckych pomôcok pre deti so zdravotným postihnutím / s rizikovým vývinom. Táto starostlivosť nie je vekovo ohraničená, napr. pre deti v predškolskom veku. Pediatrické ambulancie sú určené pre deti do 18 rokov. Z tejto skutočnosti tiež vyplývajú niektoré obmedzenia analýzy dát o dostupnosti starostlivosti v rezorte zdravotníctva pre deti v ranom veku.

Včasnú identifikáciu rizika vývinu dieťaťa alebo odchýlky od fyziologického vývinu dieťaťa vykonávajú primárni pediatri a lekári špecialisti v rámci siete pediatrických ambulancií všeobecného lekára pre deti a dorast a špecializovaných ambulancií vrátane ambulancií pre deti s perinatálnou patológiou a rizikom. Uvedené ambulancie sú súčasťou novorodeneckých pracovísk s resuscitačnou starostlivosťou a perinatologických centier. Identifikácia rizikového vývinu dieťaťa sa uskutočňuje prostredníctvom vývinových skríningov, na ktoré v prípade preukázanej odchýlky vo vývine nadväzuje poskytnutie preventívno-liečebných intervencií a vývin podporujúcej starostlivosti. Práve primárni pediatri aj na základe vývinových skríningov majú v kompetencii odosielanie detí aj do ďalších služieb mimo rezortu zdravotníctva, hoci tak môžu urobiť aj iní lekári – špecialisti.

Ďalšou dôležitou súčasťou VIRS v rezorte zdravotníctva je fyzioterapia pre deti so zdravotným postihnutím / podozrením na odchýlku vo vývine. Ako sa uvádza v *Koncepcii zdravotnej starostlivosti v odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia* (MZ SR 2023), fyzioterapiu poskytujú fyzioterapeuti v zdravotníckych zariadeniach ambulantnej zdravotnej starostlivosti, vrátane zariadení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek a agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti, v stacionári, v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti - všeobecných a špecializovaných nemocniciach, liečebniach, domoch ošetrovateľskej starostlivosti, prírodných liečebných kúpeľoch a kúpeľných liečebniach, ako aj v nezdravotníckych zariadeniach - zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. Fyzioterapeuti môžu toto povolanie vykonávať len na základe získanej odbornej spôsobilosti, pričom rovnako absolvujú sústavné vzdelávanie (MZ SR, 2023).

K VIRS v rezorte zdravotníctva takisto patria ambulancie klinickej logopédie, tak v súkromnom, ako aj štátnom sektore. Jediným nelôžkovým pracoviskom v tomto odbore na Slovensku je Oddelenie klinickej logopédie Nemocnice sv. Cyrila a Metoda v Bratislave⁶. Klinickí logopédi v kontexte VIRS

⁶ Oddelenie klinickej logopédie: <https://www.unb.sk/oddelenie-klinickej-logopedie/>

vykonávajú najmä terapiu pre deti s narušenou komunikačnou schopnosťou. Podobne je v pôsobnosti rezortu zdravotníctva poskytovaná ambulantná aj ústavná zdravotná starostlivosť klinickými psychológmi, ktorí sú oprávnení vykonávať diagnostiku vývinu psychických funkcií dieťaťa a v prípade potreby následnú terapeutickú činnosť. Zdravotná starostlivosť sa deťom poskytuje aj v ďalších špecializáciách.

V rezorte sociálnych vecí je služba včasnej intervencie vymedzená v §33 Zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách. Ide o službu pre deti do 7 rokov, ak je ich vývin ohrozený z dôvodu zdravotného postihnutia a rodiny týchto detí. Súčasťou SVI je špecializované sociálne poradenstvo, sociálna a komunitná rehabilitácia, stimulácia komplexného vývinu dieťaťa a vykonávanie preventívnych aktivít. Ide o činnosti zamerané na rozvoj samostatnosti a sebestačnosti dieťaťa, nácvik používania kompenzačných pomôcok, podporu adaptácie dieťaťa na okolité prostredie a interakciu s ním a ďalšie. Služba môže byť poskytovaná ambulantnou aj terénnou formou, pričom terénna forma má mať prednosť pred ambulantnou. S cieľom poskytovať podporu dieťaťu so ZP a jeho rodine v prirodzenom prostredí nemôže byť miesto poskytovania služby včasnej intervencie ambulantnou formou v budove zariadenia, v ktorej sa poskytuje celoročná pobytová sociálna služba. Neuplatňovanie tejto podmienky u poskytovateľov, ktorí SVI v budove zariadenia poskytujú, je možné do 31. decembra 2030. V kontexte VIRS sa tak SVI na rozdiel od starostlivosti v rezorte zdravotníctva nezameriava na liečbu, ale na podporu komplexného vývinu dieťaťa a ako jediná je v službách VIRS zameraná na celú rodinu dieťaťa.

Zákon o sociálnych službách nestanovuje minimálny počet pracovníkov na zriadenie SVI, ani počet pracovníkov na počet klientov, či počet hodín strávených s nimi. Uvádza len kvalifikačné predpoklady pre odborné činnosti využívané v SVI. Z hľadiska odbornej prípravy je okrem toho pre zamestnancov SVI vytvorený akreditovaný vzdelávací program s názvom *Odborné činnosti zamerané na včasnú podporu dieťaťa s ohrozeným vývinom z dôvodu zdravotného postihnutia a jeho rodiny v sociálnych službách*, ktorý má rozsah 140 hodín a prebieha v 7 moduloch a zahŕňa témy ako individuálne plánovanie, či tranzitný proces.⁷ Tento program zastrešuje Asociácia poskytovateľov a podporovateľov včasnej intervencie.

V rezorte školstva je pri poskytovaní VIRS základným právnym predpisom zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ktorý stanovuje právny rámec pôsobenia zariadení poradenstva a prevencie. Do 1.1.2023 boli týmito zariadeniami centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie (CPPP) a centrum špeciálno-pedagogického poradenstva (CŠPP). Uvedené poradenské zariadenia sa na rozdiel od SVI zameriavali nielen na deti v ranom veku, ale aj na žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami základných a stredných škôl. Od januára 2023 sa novelou školského zákona, Zákonom č. 415/2021 Z. z., zaviedol nový systém poradenstva a prevencie, ktorý má 5 stupňov podporných úrovní. Tretí až piaty stupeň podpornej úrovne tvoria zariadenia poradenstva a prevencie, a to centrum poradenstva a prevencie (CPaP) a špecializované centrum poradenstva a prevencie (ŠCPaP). na podpornej úrovni 4. stupňa sa vykonávajú špecializované odborné činnosti, poradenstvo, prevencia, diagnostika, terapia, rehabilitácia a reedukácia. Uvedené odborné činnosti sa vykonávajú v CPaP (ambulantnou formou) a v prípade potreby aj v školskom prostredí dieťaťa/žiaka alebo v rodinnom prostredí dieťaťa/žiaka – t. j. terénnou formou. Špecializované centrum poradenstva a prevencie sa

⁷ Vzdelávací program je akreditovaný Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny (č.z.51966/2018 zo dňa 18.10.2018).

špecializuje na jeden druh zdravotného postihnutia, alebo na vykonávanie komplexných odborných činností vo vzťahu k deťom do dovŕšenia piateho roku veku.

V ponímaní rezortu školstva tak VIRS zahŕňa depistážne, diagnostické, intervenčné, poradenské, terapeutické a preventívne aktivity, zamerané na podporu dieťaťa pri príprave na vzdelávanie a participáciu na bežnom živote v rodine a v širšom sociálnom prostredí.

Z hľadiska veku môžu v zmysle Vyhlášky MŠVVŠ SR č. 24/2022 Z. z. o zariadeniach poradenstva a prevencie poskytovať svoje služby aj deťom pred prijatím na predprimárne vzdelávanie, a ich zákonným zástupcom oba typy poradenských zariadení – centrá poradenstva a prevencie, ako aj špecializované centrá poradenstva a prevencie. CPaP sa však spravidla nezameriavajú len na túto vekovú skupinu.

V ŠCPaP podľa Vyhlášky č. 24/2022 Z. z. Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky zo 17. januára 2022 o zariadeniach poradenstva a prevencie odbornú činnosť vykonáva najmenej 1 psychológ, 1 špeciálny pedagóg alebo logopéd a 1 odborný zamestnanec, ktorý vykonáva pracovnú činnosť v kategórii psychológ, špeciálny pedagóg, liečebný pedagóg, sociálny pedagóg, sociálny pracovník alebo logopéd.

3.2. Podmienky poskytnutia služby a čakacie lehoty

Aj v oblasti podmienok poskytnutia služby sú legislatívne úpravy v troch rezortoch odlišné. Proces vstupu do jednotlivých zložiek služieb VIRS na Slovensku aktuálne nie je záväzne vymedzený. Vývinové skriningy ako hlavný nástroj identifikácie potenciálnych klientov služieb VIRS by sa mali realizovať u všetkých detí v stanovených intervaloch, najmä v spolupráci rodičov a pediatrov. Príručka pre administráciu vývinového skriningu dieťaťa (Fond, 2016) uvádza, že „*konečným cieľom použitia skriningu S-PMV je, aby boli deti s odchýlkami priebehu vývinu správne a včas identifikované a odporúčené na ďalšie vyšetrenia na potvrdenie/vylúčenie prítomnosti odchýlky, zistenie závažnosti odchýlky, etiológie, komorbidity a možnej liečby – poskytnutie preventívno-liečebných intervencií a vývin podporujúcu starostlivosť*“. Dôraz sa teda kladie na včasnú identifikáciu rizika vývinu alebo odchýlky od fyziologického vývinu dieťaťa a správne nastavenie algoritmu ďalšej starostlivosti o dieťa. Jedným z problémov v tomto smere, na ktorý poukázala *Stratégia všeobecnej ambulantnej starostlivosti do roku 2030 (MZ 2022)*, je nedostatok primárnych pediatrov. V tejto súvislosti MZ SR každoročne najneskôr do 31. júla zverejňuje novú verejnú minimálnu sieť a zároveň vyhodnocuje stav jej naplnenia. Verejná minimálna sieť má dva základné parametre:

- miestna dostupnosť - také rozmiestnenie poskytovateľov, aby bol zabezpečený maximálny čas dojazdu osobným motorovým vozidlom z každej obce v okrese k najbližšiemu primárnemu pediatriovi do 25 minút;
- potrebná kapacita - taký počet lekárskeho miest u poskytovateľov v okrese, aby bola zabezpečená kvalitná a dostupná zdravotná starostlivosť pri zohľadnení časovej náročnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti (MZ 2022). Potrebná kapacita sa vyjadruje počtom poistencov na 1 lekárske miesto.

Stratégia ako riešenie navrhuje posilniť ošetrovateľský tím a zvýšiť počet administratívnych pracovníkov v ambulanciách (MZ 2022).

Absolvovanie fyzioterapie ako ďalšej obvyklej súčasti VIRS v pôsobnosti Ministerstva zdravotníctva SR prebieha na základe odporúčania všeobecného lekára pre deti a dorast. Maximálne čakacie lehoty v tomto prípade nie sú stanovené (tie sú určené len pre operačné výkony). V súvislosti so zabezpečovaním kvality pri poskytovaní fyzioterapie Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore fyzioterapie (MZ SR 2023) uvádza, že poskytovatelia zdravotnej starostlivosti nepretržite zabezpečujú systém kvality, ktorého cieľom je poskytovanie štandardizovanej starostlivosti. Systém kvality zabezpečuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti fyzioterapeutom podľa štandardných postupov, dodržiavaním minimálneho normatívu personálneho zabezpečenia a materiálno-technického vybavenia. Kvalita starostlivosti sa hodnotí podľa indikátorov kvality, ktoré sú zamerané na vyjadrenie spokojnosti osôb s poskytnutou starostlivosťou a na sledovanie presne stanovených a dohodnutých kritérií (MZ SR 2023).

Vyhláška MŠVVŠ SR č. 24/2022 Z. z. o zariadeniach poradenstva a prevencie upravuje geografickú dostupnosť služieb ustanovením, podľa ktorého centrum poradenstva a prevencie nemôže odmietnuť vykonanie odbornej činnosti pre dieťa s trvalým pobytom v kraji (od septembra 2023 dokonca v okrese)⁸, v ktorom centrum poskytuje svoje služby. v takomto prípade sa prvý rozhovor so žiadateľom musí uskutočniť do 30 dní odo dňa doručenia žiadosti. Do starostlivosti ŠCPaP sa dieťa dostáva na základe odporúčania centra poradenstva a prevencie, na odporúčanie všeobecného lekára pre deti a dorast, príp. lekára so špecializáciou. Do nižšej, 4. úrovne podpory centra poradenstva a prevencie, je možné dieťa prijať na základe žiadosti zákonného zástupcu, alebo riaditeľa školy, ktorú dieťa navštevuje, z podporných úrovní nižšieho stupňa, kde koordinátor na škole odporučil starostlivosť podpornej úrovne 3. a/alebo 4. stupňa, z 5. stupňa podpory, keď odborný zamestnanec špecializovaného centra poradenstva a prevencie odporučí dieťaťu starostlivosť podpornej úrovne 3. alebo 4. stupňa v CPaP, na odporúčanie pediatra, lekárov špecialistov a zdravotníckych pracovníkov, alebo na základe žiadosti orgánu sociálnoprávnej ochrany a sociálnej kurately.

Kvalita a jednotné výkony služieb poskytovaných vo všetkých CPaP a ŠCPaP majú byť zabezpečené prostredníctvom obsahových a výkonových štandardov, ktoré vytvoril Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie v rámci národného projektu *Štandardizáciou systému poradenstva a prevencie k inklúzii a úspešnosti na trhu práce*, v období od júna 2019 do septembra 2022 (VÚDPaP 2022). Ide o 21 štandardov vychádzajúcich z odborných činností, ako napr. diagnostika a poradenstvo. v rámci výkonového štandardu depistáže sa napr. uvádza, že o vykonanie depistáže môžu požiadať materské, základné a stredné školy, pričom zároveň poradenské zariadenia vytvárajú pre tieto školy ponukový list, v rámci ktorého sú pomenované možnosti realizovania depistáže. Depistáž sa okrem iného môže zameriavať na zisťovanie výskytu narušenej komunikačnej schopnosti v predškolskom a školskom veku. Ako taká sa primárne nesústreďuje na vyhľadávanie detí so zdravotným postihnutím, najmä ak nenavštevujú materské školy. Výkonový štandard prijatia a evidencie klienta v ranom poradenstve okrem iného stanovuje, že každý klient má prideleného koordinátora, ktorým je odborný zamestnanec poradenského zariadenia, a ako ďalší krok popisuje vedenie vstupnej konzultácie a založenie osobného spisu. Termín pre ďalšiu odbornú činnosť sa stanovuje podľa akútности situácie klienta (VÚDPaP 2022). Cieľom odbornej činnosti diagnostika pri deťoch raného veku je identifikácia silných a slabých stránok dieťaťa vo vzťahu k jeho

⁸ Uvedená zmena súvisí s nadobudnutím účinnosti Vyhlášky MŠVVŠ SR č. 342/3033 Z. z., ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky č. 24/2022 Z. z. o zariadeniach poradenstva a prevencie.

bariérám/prekážkam v učení a jeho schopnosti participovať na bežnom živote v rodine, širšom sociálnom prostredí a v predškolskom veku v materskej škole (VÚDPaP 2022).

Na získanie nároku na službu včasnej intervencie je zase potrebné preukázať lekárske potvrdenie, dieťa však nemusí byť posúdené zamestnancom obce alebo VÚC ako pri sociálnych službách v odkázanosti na pomoc inej osoby. Dostupnosť SVI zabezpečuje VÚC, či už svojimi organizáciami alebo neverejnými poskytovateľmi. VÚC na písomnú žiadosť rodiny dieťaťa buď poskytne službu v zariadení, ktorého je zriaďovateľom, alebo písomne osloví neverejného neziskového poskytovateľa v kraji, ktorý musí službu poskytnúť.

Poskytovateľ je povinný plánovať poskytovanie služby podľa individuálnych potrieb, schopností a cieľov prijímateľa, viesť individuálne záznamy o priebehu poskytovania služby a za účasti prijímateľa hodnotiť jej priebeh – čiže vytvoriť a nasledovať individuálny plán.

Podobne ako pri obsahových a výkonových štandardoch pre poradenské zariadenia je upravené aj kontrolovanie kvality sociálnych služieb v rezorte práce, vrátane služby včasnej intervencie poskytovanej PSVI. v roku 2022 bola v tejto súvislosti prijatá nová legislatívna úprava, Zákon č. 345/2022 Z. z. o inšpekcii v sociálnych veciach, ktorým sa určil spôsob vykonávania dozoru nad dodržiavaním štandardov kvality (pri poskytovaní sociálnych služieb). Podľa tohto zákona je poskytovateľ sociálnej služby povinný plniť štandardy kvality, stanovené v Prílohe č. 2 Zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, ktoré boli, ako sa uvádza v osobitnej časti dôvodovej správy k zákonu o inšpekcii, vytvorené aj s ohľadom na *Dobrovoľný európsky rámec kvality z roku 2010* (bližšie o *Dobrovoľnom európskom rámci* pozri časť 1.1 tejto správy). Zákon stanovil tri druhy štandardov – procedurálne, personálne a prevádzkové. Zákon osobitne neupravuje štandardy a kritériá sociálnych služieb pre SVI, resp. pre terénne a ambulantné sociálne služby, ku ktorým patrí aj SVI. Neupravuje maximálny počet prijímateľov SVI na jedného zamestnanca, ani bližšie nešpecifikuje geografickú či finančnú dostupnosť SVI.

Okrem toho bol v súlade s *Národnou stratégiou koordinovaných služieb včasnej intervencie a ranej starostlivosti 2022-2030*, ako aj *Akčným plánom na roky 2022-2023*⁹ k tejto stratégii, pripravený materiál *Cesta dieťaťa*, ako model viacúrovňového systému podpory a pomoci s možnosťou prechodu medzi zdravotnými, vzdelávacími a sociálnymi potrebami dieťaťa (MPSVR 2023). Jeho cieľom bolo vytvorenie prehľadnej schémy spolupráce medzi jednotlivými subjektmi, minimalizovanie duplicity a zadefinovanie vstupu dieťaťa / rodiny do systému (bližšie pozri časť 3.4 tohto materiálu).

3.3. Financovanie služieb VIRS

Služby VIRS sú na Slovensku financované viaczdrojovo, s dominanciou rôznych zdrojov podľa toho, v ktorom rezorte sú poskytované. V rezorte zdravotníctva je najvýznamnejším zdrojom financovania zdravotné poistenie. Zdravotné poisťovne tak hradia zdravotnú starostlivosť poskytnutú v súlade s indikačným zoznamom. Ak je zdravotná starostlivosť (napr. kúpeľná liečba) poskytnutá na žiadosť poistenca, hradí si ju sám. Zaujímavým prvkom je aj navrhovaný príplatok za poskytovanie zdravotnej starostlivosti vo vylúčených komunitách, ktorý by bol primárnym pediatrom uhrádzaný zdravotnými poisťovňami. Príplatok by nemal byť viazaný na konkrétne osoby, ale na územie, v ktorom je koncentrácia osôb z vylúčených komunít na úrovni minimálne 25% zo všetkých osôb žijúcich v danom

⁹ Dostupné na: <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/>

území (MZ 2022). Daný návrh vychádza z vyjadrenia odborných spoločností, ktoré poukázali o predĺženie času návštevy pacientov z marginalizovaných komunít o 10-15 % v porovnaní s ostatnými pacientmi (MZ 2022). Rovnako by malo prísť k zníženiu administratívnej záťaže primárnych pediatrov, a to aj voči VÚC (MZ 2022).

V ďalších dvoch rezortoch je významným faktorom v spôsobe financovania to, či ide o verejných, alebo neštátnych/neverejných poskytovateľov služieb VIRS. Služba včasnej intervencie je spravidla financovaná z VÚC. Pokiaľ ide o verejného poskytovateľa zriadeného VÚC, je služba financovaná priamo z rozpočtu. Pokiaľ je poskytovateľ neverejný, VÚC poskytuje finančný príspevok na prevádzku poskytovanej sociálnej služby. Výšku príspevku si stanovuje každý samosprávny kraj samostatne. Príspevok je poskytovaný preddavkovo. Dobrova a kol. (2019) uvádzali, že u verejných poskytovateľov služieb VI pokrývala výška príspevku samosprávnych krajov 100 % ich nákladov, zatiaľ čo u neverejných poskytovateľov to bolo 57 %. Ďalšími potenciálnymi zdrojmi financovania služby sú podľa zákona úhrady za sociálne služby od prijímateľa (na čo je v prípade verejnej služby potrebný súhlas zriaďovateľa), úhrady ekonomicky oprávnených nákladov a z výsledku hospodárenia z vedľajšej činnosti (ktorú verejní poskytovatelia vykonávajú opäť so súhlasom zriaďovateľa). Služby môžu použiť prostriedky obcí, združení VÚC či združení osôb, prostriedky z príjmu sociálneho podniku a v prípade súkromných prevádzkovateľov aj z vlastných zdrojov tohto neverejného poskytovateľa.

Za sociálne poradenstvo, sociálnu rehabilitáciu ani stimuláciu komplexného vývinu dieťaťa so zdravotným postihnutím sa však úhrada neplatí, služba tak môže byť financovaná nanajvýš z vedľajšej činnosti, nie priamo z úhrad za odborné činnosti. Podľa Platformy rodín (2021) v praxi niektorí PSVI požadujú príspevky, napríklad na prepravu materiálu alebo v prípade ambulantného výkonu služby.

Poradenské zariadenia v rezorte školstva prešli od roku 2023 transformáciou, ktorá súvisela aj so zmenami v ich financovaní, pričom jedným z cieľov bolo posunúť filozofiu aj prax financovania zariadení od „orientácie na kvantitu“ k „orientácii na kvalitu“ a reflektovať podhodnotenie a nejednotný systém financovania štátnych a súkromných zariadení (MŠVVŠ 2021). Kým do transformácie zohrával významnú úlohu vo financovaní počet klientov poradenských zariadení, v novom systéme sa dostali do popredia jednotlivé odborné činnosti pri práci s klientom. Od septembra 2021 do konca augusta 2022 tak štátne aj neštátne zariadenia zaznamenávali čas strávený jednotlivými odbornými činnosťami v informačnom systéme EvuPP, čím sa vytvoril prehľad o náročnosti odbornej starostlivosti o klienta. Prehľad získaných mediánov pre jednotlivé činnosti bol predmetom ďalších diskusií v expertných skupinách. V praxi boli aj v roku 2023 štátne poradenské zariadenia financované zo štátneho rozpočtu, kým súkromné zariadenia boli financované z výnosu dane z príjmov obciam a poplatkov za poskytované služby od klientov. Od 1.1.2024 sú aj súkromné zariadenia poradenstva a prevencie financované zo štátneho rozpočtu z kapitoly MŠVVŠ SR a z poplatkov za služby, resp. iných zdrojov (MŠVVŠ SR 2023).

V rezorte školstva sa okrem toho v období 2021-2027 pri financovaní zariadení poradenstva a prevencie počíta aj so zdrojmi EÚ. v tejto súvislosti sa napríklad na jeseň 2023 pripravovalo vyhlásenie dopytovo orientovanej výzvy, zameranej na podporu pozícií manažéra zariadenia, koordinátora pre uplatňovanie štandardov odborných činností, koordinátora prvého kontaktu, či koordinátora pre zabezpečovanie poskytovania podporných opatrení. Cieľom je posilnenie personálnych kapacít zariadení poradenstva a prevencie a odbremenenie odborných zamestnancov

od administratívnych činností. Podobne bola v júli 2023 v rámci Plánu obnovy a odolnosti vyhlásená výzva Podpora poskytovania ranej starostlivosti a ranej intervencie deťom vo veku 0 až 6 rokov, deťom z prostredia marginalizovaných rómskych komunít a z prostredia generačnej chudoby, na ktorú bolo vyčlenených 6 263 000 eur. Cieľom výzvy bola podpora detí a ich zručností pred nástupom do materských škôl¹⁰.

3.4. Koordinácia a siet'ovanie

Napokon je dôležitou témou v kontexte *Národnej stratégie rozvoja koordinovaných služieb včasnej intervencie a ranej starostlivosti 2022-2030* prepájanie služieb pre rodiny s deťmi so zdravotným postihnutím / rizikovým vývinom v ranom veku. Takéto prepájanie môže jednak znamenať systematické a správne nasmerovanie rodiny / dieťaťa z jednej služby do ďalšej (podpora tranzície), ako aj poskytovanie v maximálnej možnej miere integrovaných služieb a starostlivosti (na jednom mieste).

Na nedostatočnú koordináciu služieb VIRS v SR pritom poukázala už národná stratégia (MPSVR 2022). Aj preto bol v roku 2023 pracovnou skupinou pozostávajúcou zo zástupcov všetkých troch rezortov a ďalších relevantných aktérov vypracovaný dokument *Cesta dieťaťa v ranom veku* (MPSVR 2023), ktorý poskytuje prehľad intervencií v prípade, ak sú pre dieťa od 0-7 rokov a jeho rodinu potrebné. Dokument rozlišuje 3 typy intervencií a 5 krokov v systéme podpory deťom v ranom veku:

- Univerzálne intervencie sú určené pre celú populáciu detí a patrí k nim napr. Pri márna pediatrická starostlivosť;
- Cílené intervencie sa zameriavajú na skupiny detí z rizikového / znevýhodneného prostredia;
- Indikované intervencie sú určené pre deti s potrebami špecializovaných/individualizovaných intervencií z dôvodu zdravotného postihnutia, resp. znevýhodnenia (MPSVR, 2023).

Do systému podpory sa dieťa dostáva automaticky, v kroku 1, ktorým je podpora dieťaťa a rodiny univerzálnymi intervenciami, bežne dostupnými pre všetky rodiny (napr. preventívne prehliadky u primárneho pediatra). v kroku 2 prebieha identifikácia ťažkostí pre ďalší vývin dieťaťa a s tým súvisiacich potrieb rodiny, a to najmä odborníkmi v rezorte zdravotníctva, v spolupráci s rodičmi dieťaťa. 3. krok predstavuje výber vhodnej intervencie, vrátane odoslania do služieb VIRS v rezortoch školstva / práce. V nasledujúcom kroku sú potreby dieťaťa pravidelne prehodnocované. Posledným, 5. krokom, je tranzícia – začlenenie dieťaťa do kolektívu, napr. v materskej či základnej škole (MPSVR 2023).

Pri podpore tranzície v súčasnosti k predpokladaným scenárom patrí prechod dieťaťa s podozrením na odchýlku vo vývine zo zdravotníckeho zariadenia / od primárneho pediatra k PSVI, príp. do CPaP / ŠCPaP. Funkčnosť týchto scenárov v praxi doposiaľ nebola podrobnejšie preskúmaná.

Prepojenosť služieb VIRS v zmysle integrovaných služieb, ktoré sú poskytované na jednom mieste, predstavuje zastúpenie rôznych odborností u jednotlivých poskytovateľov. V PSVI aj ŠCPaP napríklad môžu pôsobiť psychológovia, či logopédi. Nejde však o zdravotníckych zamestnancov, ktorí majú oprávnenie vykonávať diagnostiku dieťaťa za účelom stanovenia liečebných postupov. Rodiny tak

¹⁰ Bližšie informácie o výzve sú dostupné na: <https://ispo.planobnovy.sk/app/vyzvy/464030582050828288>

napríklad môžu prichádzať do kontaktu s viacerými psychológmi v rôznych rezortoch, čo môže byť neefektívne a nadmerne zaťažujúce. V SVI koordinačnú rolu zastáva kľúčový pracovník, ktorý pripravuje aj individuálny plán dieťaťa a jeho rodiny a sieťuje rodinu s inými dostupnými službami.

V praxi VIRS existujú aj ďalšie špecifické príklady aktívneho prepájania služieb / starostlivosti, ktoré po ďalšom preskúmaní môžu slúžiť aj ako modelové skúsenosti pri nastavovaní systémových opatrení v tejto oblasti. Konkrétne ide napríklad o možnosť psychologického poradenstva na Novorodeneckej klinike LF SZU Perinatologického centra UN Bratislava a spoluprácu pri poskytovaní psychologickej podpory rodičom prostredníctvom o. z. Malíčok v spolupráci s Neonatologickou sekciou Slovenskej pediatickej spoločnosti, ktorého členka je tiež riaditeľkou PSVI. Iným príkladom je 6 PSVI, ktorí zároveň pôsobili aj ako CPPP / CŠPP.¹¹

Právny a finančný rámec vzniku a fungovania multidisciplinárnych tímov pozostávajúcich z odborníkov zo všetkých troch rezortov v oblasti VIRS však doposiaľ nebol vytvorený. Nejde pritom len o výzvu týkajúcu sa VIRS. V roku 2021 bola napríklad v nadväznosti na *Plán obnovy a odolnosti SR* vypracovaná *Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike* (MPSVR SR a MZ SR 2021), ktorá má za cieľ zlepšiť funkčné prepojenie zdravotnej a sociálnej starostlivosti, aj v súvislosti so starnutím obyvateľstva. V súčasnosti sa tak do určitej miery deje prostredníctvom poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb. Iným príkladom je pôsobenie zdravotníckych pracovníkov v školách, ktoré je však aktuálne financované nie zdravotnými poisťovňami, ale zo zdrojov EÚ¹².

Rovnako nie je vytvorený informačný systém VIRS ako platforma zdieľania informácií o potrebách dieťaťa a jeho rodiny medzi rôznymi odborníkmi. V rezorte školstva takúto funkciu napríklad plní centralizovaný evidenčný systém EvuPP, do ktorého vkladajú údaje o klientoch a vykonaných odborných činnostiach všetky štátne aj neštátne poradenské zariadenia a ktorý okrem iného umožňuje zabezpečiť, aby bolo dieťaťu v rezorte školstva poskytované poradenstvo len v jednom zariadení, bez duplicity tejto formy podpory (MŠVVŠ 2021).

Napokon sú ďalším rozmerom koordinácie a prepájania advokačné a vzdelávacie aktivity, ktoré prebiehajú aj na úrovni organizácií zastupujúcich poskytovateľov a klientov VIRS. Ide najmä o Asociáciu poskytovateľov a podporovateľov včasnej intervencie,¹³ ktorej členom je aj Nadácia SOCIA ako organizácia zastrešujúca projekt podpory vzniku prvých PSVI na Slovensku,¹⁴ a Platformu rodín detí so zdravotným znevýhodnením.¹⁵ Prínosom vzdelávacích aktivít je zvyšovanie kvality SVI a podpora ich štandardizácie v celej SR. Na druhej strane je limitom tejto formy koordinácie v súčasnosti najmä skutočnosť, že uvedené aktivity nie sú systémovo podporované z verejných zdrojov.

¹¹ Išlo o nasledujúcich PSVI: CVI Bratislava, o. z. Tenenet, EFFETA (3. a 4. stupeň podpornej úrovne), Nosko centrum, Súkromné centrum špeciálno-pedagogického poradenstva (3 pracoviská: Žilina, Martin, Rajec) a CVI Žilina.

¹² Informácie o výzve Zdravotnícky pracovník v materskej, v základnej a v strednej škole, ktorá bola vyhlásená MŠVVŠ SR v roku 2022, sú dostupné na: <https://www.minedu.sk/vyzva-zdravotnickyy-pracovnik-v-materskej-v-zakladnej-a-v-strednej-skole/>

¹³ Asociácia poskytovateľov a podporovateľov včasnej intervencie: <https://asociaciavi.sk/>

¹⁴ Nadácia SOCIA – Rozvoj včasnej intervencie: <https://www.socia.sk/portfolio/rozvoj-vcasnej-intervencie/>

¹⁵ Platforma rodín detí so zdravotným znevýhodnením: <https://www.platformarodin.sk/poradenstvo/inklulinka/>

4. Štatistické údaje o dostupnosti služieb VIRS pre rodiny s deťmi so zdravotným postihnutím v ranom veku

V tejto kapitole predstavujeme hlavné zistenia o službách VIRS na základe dostupných štatistických dát. Zameriavame sa na odhad veľkosti skupiny detí so zdravotným postihnutím, ktorý je kľúčový pre nastavenie ponuky týchto služieb tak, aby boli dostupné, ako aj jeho limity. Takisto sa venujeme veľkosti skupín detí / klientov využívajúcich služby VIRS, aj podľa druhu zdravotného postihnutia. Stručne predstavujeme vývoj počtu poskytovateľov služieb VIRS, vrátane počtu ich zamestnancov, ako aj regionálne rozloženie týchto služieb a štruktúru ich financovania.

4.1. Veľkosť skupiny detí so zdravotným postihnutím a počet detí so zdravotným postihnutím, ktorým sa poskytuje raná starostlivosť

Pri úvahách o tom, do akej miery zodpovedá dostupnosť služieb potrebám cieľovej skupiny, je dôležitou otázkou veľkosť danej cieľovej skupiny. V kontexte SVI sú takouto cieľovou skupinou na Slovensku deti s ohrozeným vývinom z dôvodu zdravotného postihnutia a ich rodiny. Znamená to, že zdravotné postihnutie ako také nie je podmienkou poskytovania VIRS, keďže v niektorých prípadoch je možné vhodnými a dostatočne včasnými intervenciami pri odchýlke vo vývine jeho vzniku predchádzať, resp. ho určiť až na základe opakujúcich sa odchýlok vo vývine. Presnými údajmi o deťoch s odchýlkami vo vývine, z ktorých by vyplývala potreba ich ďalšej podpory najmä v službách VIRS mimo rezortu zdravotníctva, však v súčasnosti nedisponujeme. Určitém východiskom odhadu veľkosti skupiny detí a rodín, ktoré služby VIRS môžu potrebovať, preto predsa môže byť veľkosť skupiny detí so zdravotným postihnutím. Tu je opäť istým limitom skutočnosť, že informácie z troch rezortov o počtoch detí so ZP nie sú navzájom prepojené. Z *Revízie výdavkov pre skupiny ohrozené chudobou a sociálnym vylúčením v SR* napríklad vyplýva, že deti so zdravotným postihnutím predstavujú 4,8 % populačného ročníka (3 044 detí populačného ročníka) a 4,3 % populačného ročníka deti zo sociálne znevýhodneného prostredia (2 778 detí populačného ročníka) (Útvár hodnoty za peniaze 2020).

Zdravotnícke štatistiky s konceptom zdravotného postihnutia nepracujú¹⁶, pre vyhodnocovanie využívajú jednotlivé zdravotnícke diagnózy. Napríklad vo vzťahu ku zrakovému znevýhodneniu z údajov NCZI vyplýva, že v roku 2022 oftalmologické ambulancie sledovali 286 pacientov do 19 rokov s úplnou alebo praktickou slepotou. Zdravotnícke štatistiky tak predovšetkým umožňujú zistiť počet pacientov v pediatrických špecializovaných ambulanciách, ktorý môže indikovať potrebu služieb VIRS, ktoré sú poskytované aj v ďalších rezortoch. Počet pacientov do 7 rokov vo vybraných typoch pediatrických špecializovaných ambulancií uvádza nasledujúca tabuľka.

¹⁶ Informácia z e-mailovej odpovede Národného centra zdravotníckych informácií, z 27.3.2023.

Tabuľka 1: Počty unikátnych pacientov vo vybraných vekových skupinách na pediatrických a detských odbornostiach za rok 2022 - vybrané špecializácie

	0 rokov	1 rok	2 roky	3 roky	4 roky	5 roky	6 roky	7 roky	spolu
Fyzioterapia	16	6	2	1	-	1	4	-	30
Klinická logopédia	12	83	632	2 420	5 281	10 527	11 852	7 335	38 142
Klinická psychológia	23	119	440	1 603	1 508	1 556	1 644	1 328	8 221
Pediatrická neurológia	5 587	8 052	3 880	3 603	2 788	2 736	2 680	2 715	32 041
Detská psychiatria	0	5	88	710	883	988	1 035	989	4 698
Pediatrická oftalmológia	1 256	1 272	851	919	995	1 164	1 263	1 203	8 923

Zdroj: MZ SR, na vyžiadanie

- Zámerne neuvádzame súhrnný počet za uvedené špecializácie, keďže v tabuľke nie sú zastúpené všetky špecializácie a zároveň by v takom prípade boli deti navštevujúce viaceré špecializované ambulancie započítané viackrát.

V rezorte sociálnych vecí sú k dispozícii údaje o počtoch poberateľov rodičovského príspevku z dôvodu dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu dieťaťa, ktorý je však obmedzený na 3-6 rokov veku dieťaťa, t. j. nepokrýva celú vekovú škálu potenciálnych užívateľov podporných služieb (týkajúcu sa 0 – 7 rokov veku dieťaťa). Napriek tomu ide o ukazovateľ s orientačnou výpovednou hodnotou. Preto v nasledujúcej tabuľke uvádzame prehľad počtu poberateľov rodičovského príspevku z dôvodu dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu dieťaťa vo vybraných rokoch.

Tabuľka 2: Počet detí poberateľov rodičovského príspevku na deti s dlhodobo nepriaznivým zdravotným stavom vo vybraných rokoch

Rok	Počet
2015	16 981
2019	13 174
2022	13 089

Zdroj: IS SoS, na vyžiadanie

Z tabuľky vyplýva, že medzi rokmi 2015 a 2022 došlo k pomerne významnému poklesu počtu detí poberateľov rodičovského príspevku z dôvodu dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu (o viac ako 3 000), čo však samo osebe neznamená, že muselo dôjsť aj k počtu poklesu detí s dlhodobo nepriaznivým zdravotným stavom.

Ďalším potenciálnym ukazovateľom počtu detí so zdravotným postihnutím v rezorte sociálnych vecí je počet detí vo veku 0 – 7 rokov s preukazom fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím. Tento ukazovateľ dosahuje v porovnaní s rodičovským príspevkom z dôvodu dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu dieťaťa nižšie hodnoty, takže ho nemožno pokladať za určujúci, avšak pre účel odhadu veľkosti skupiny potenciálnych klientov služieb VIRS má rovnako orientačný charakter. Nižšie počty detí so ZP, ktoré majú preukaz občana s ŤZP v porovnaní s poberateľmi spomenutého rodičovského príspevku, súvisia jednak s tým, že nie všetky dotknuté rodiny o preukaz požiadajú, resp. nie všetky spĺňajú podmienky pre jeho priznanie, hoci na podpornú službu nárok mať môžu. Napríklad pre začatie poskytovania služieb v špecializovanom centre poradenstva a prevencie sa preukaz občana s ŤZP nevyžaduje, ale potrebné je odporúčanie centra poradenstva a prevencie, odporúčanie všeobecného lekára pre deti a dorast alebo odporúčanie lekára so špecializáciou v príslušnom špecializačnom odbore (zákon č. 24/2022 Z.z.).

Tabuľka 3: Počet preukazov osoby s ŤZP podľa veku dieťaťa vo vybraných rokoch

	0 rokov	1 rok	2 roky	3 roky	4 roky	5 rokov	6 rokov	7 rokov	spolu
2015	5	63	122	273	415	510	674	744	2 806
2019	15	69	194	346	519	648	802	956	3 549
2022	10	62	171	351	579	761	959	1 106	3 999

Zdroj: IS SoS, na vyžiadanie

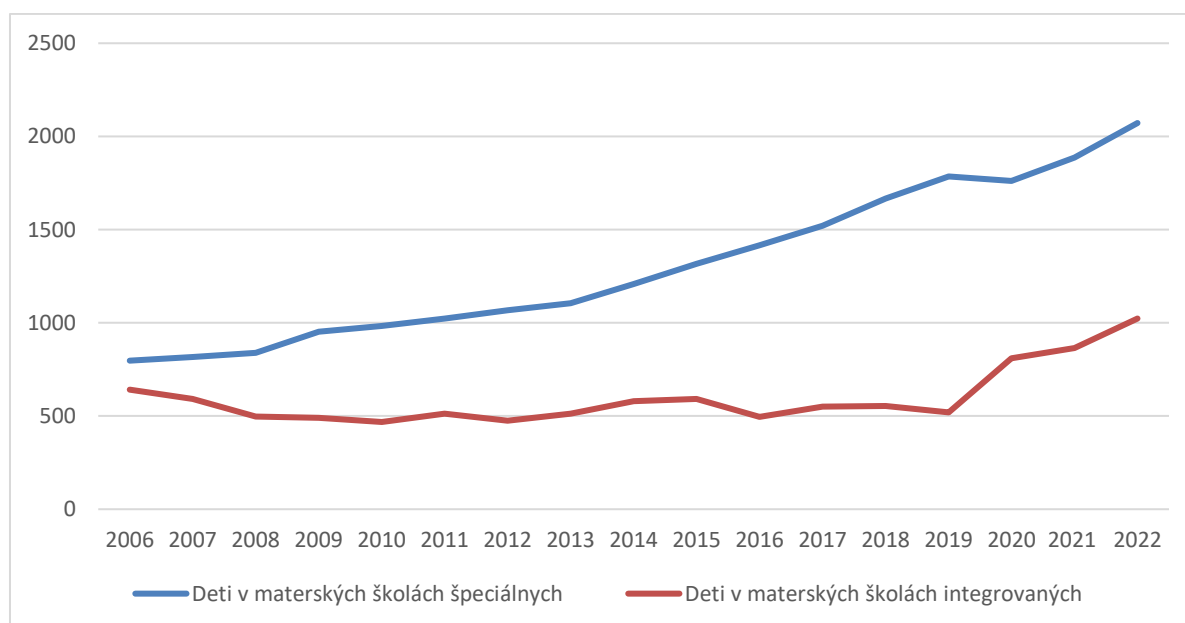
Z tabuľky jednak vyplýva, že s narastajúcim vekom rástol aj počet detí s preukazom osoby s ŤZP, čo platilo v každom z troch vybraných rokov. Zároveň je z tabuľky takisto zrejmé, že na rozdiel od počtu detí poberateľov rodičovského príspevku z dôvodu dlhodobu nepriaznivého zdravotného stavu dieťaťa počet detí s preukazom osoby s ťažkým zdravotným postihnutím medzi rokmi 2015 a 2022 vzrástol takmer o tisíc a dosiahol hodnotu 3 999.

Celkový počet detí so zdravotným postihnutím v rôznych systémoch pomoci (hmotná núdza, štátne sociálne dávky, kompenzácie ŤZP, posudková činnosť...), bol pritom podľa informačného systému RSD MIS len o niečo vyšší, v roku 2022 išlo o 5 073 detí.

Školské štatistiky sa javia byť najpodrobnejšie, pokiaľ ide o počet detí v triedení podľa druhov zdravotného postihnutia. Na druhej strane zachytávajú iba skupinu tých detí, ktorým sa poradenská, resp. predškolská starostlivosť poskytuje, nie tých detí so ZP, ktoré predškolské zariadenia z rôznych dôvodov nemôžu navštevovať.

V nasledujúcom grafe uvádzame prehľad vývoja počtu detí so ZP v materských školách. Vyplýva z neho, že v roku 2022 navštevovalo materské školy takmer 3 100 detí so zdravotným postihnutím.

Graf 1: Vývoj počtu detí so zdravotným postihnutím v materských školách



Zdroj: CVTI SR, Štatistická ročenka – materské školy pre roky 2006/2007, 2007/2008, 2008/2009, 2009/2010, 2010/2011, 2011/2012, 2012/2013, 2013/2014, 2014/2015, 2016/2017, 2017/2018, 2018/2019, 2020/2021, 2021/2022 2022/2023

V nasledujúcej tabuľke uvádzame prehľad počtu detí so zdravotným postihnutím, ktorým sa poskytovala raná starostlivosť v poradenských zariadeniach a centrách včasnej intervencie. Pod poradenskými zariadeniami v rezorte školstva tu rozumieme spolu CPPP aj ČŠPP, nie novovzniknuté

ŠCPaP, keďže ročné dáta z týchto zariadení budú po prvýkrát k dispozícii až za rok 2023. Zároveň, keďže jedným z možných zameraní ŠCPaP je vykonávanie komplexných odborných činností vo vzťahu k deťom do dovŕšenia piateho roku veku, v tabuľke uvádzame samostatne počet detí v poradenských zariadeniach do 5 a následne kumulatívne do 7 rokov veku. Zároveň zámerne neuvádzame súhrnný počet detí v poradenských zariadeniach a u PSVI, keďže informácie o tom, do akej miery sa tieto dve skupiny navzájom prekrývajú, nie sú systematicky vyhodnocované.

Tabuľka 4: Počet detí so ZP v poradenských zariadeniach vo vybraných rokoch

Rok	Deti v ČŠPP do 5 rokov	Deti v ČŠPP do 7 rokov	Deti u PSVI
2015	11 643	27 441	175
2019	15 260	33 002	1 700
2022	14 063	31 310	2 563

Zdroj: MŠVVŠ SR, Výkaz o školských zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie 2015, 2019, 2022; MPSVR SR, Správa o sociálnej situácii obyvateľstva 2015, 2019, 2022

Z uvedenej tabuľky vyplýva, že už počet detí navštevujúcich poradenské zariadenia do 5 rokov veku v rezorte školstva je vyšší ako ukazovateľ s najvyššou hodnotou v rezorte práce - počet detí so zdravotným postihnutím, ktorých rodičom je poskytovaný rodičovský príspevok z dôvodu dlhodobopriaznivého zdravotného stavu (v roku 2022 išlo o 14 061 vs. 13 089 detí). Zároveň bola služba včasnej intervencie poskytovaná 2 563 deťom, čo predstavuje približne polovicu z 5 073 detí so ZP, ktoré sú evidované v informačných systémoch MPSVR SR. Počet detí, ktorým bola v roku 2022 poskytovaná služba včasnej intervencie, bol dokonca nižší ako počet detí so zdravotným postihnutím, ktoré navštevujú materské školy.

Pri pohľade na vývoj v čase sa ukazuje, že najmä medzi rokmi 2019 a 2022 počet detí so ZP do 7 rokov v ČŠPP poklesol, zatiaľ čo počet detí u PSVI vzrástol, takže je možné predpokladať, že časť rodín uprednostnila ranú starostlivosť u PSVI pred poradenskými zariadeniami v rezorte školstva. V nasledujúcej tabuľke zobrazujeme odhad podielu detí do 5 rokov využívajúcich niektoré služby VIRS na celkovom počte detí v danej vekovej skupine, ako sú evidované vo všeobecných pediatrických ambulanciách.

Tabuľka 5: Počet a podiel detí do 5 rokov v špecializovaných ambulanciách a iných službách

Poskytovateľ	Počet detí do 5 rokov	Podiel na počte detí do 5 rokov v ambulanciách primárnej pediatrie
Ambulancia primárnej pediatrie	301 069	100 %
Fyzioterapia	26	0,01 %
Klinická logopédia	18 955	6,3 %
Klinická psychológia	4 251	1,41 %
Pediatrická neurológia	26 646	8,85 %
Detská psychiatria	2 674	0,89 %
Pediatrická oftalmológia	6 457	2,14 %
Preukaz osoby s ŤZP	1 934	0,64 %
ČŠPP	14 063	4,67 %

Zdroj: MZ SR, na vyžiadanie; NCZI, Činnosť všeobecných ambulancií pre deti a dorast v SR 2022; IS SoS, na vyžiadanie; MŠVVŠ SR, na vyžiadanie

Z tabuľky vyplýva, že najvyšším podielom, takmer 9 %, boli na celkovom počte detí do 5 rokov vo všeobecných pediatrických ambulanciách zastúpené deti navštevujúce pediatrickú neurológiu.

Ďalej nasledovali deti v ambulanciách klinickej logopédie (6,3 %). Podporu v ČŠPP využívalo 4,7 % týchto detí a preukaz osoby so ZP malo len 0,6 % detí vo veku do 5 rokov.

V kontexte odhadu veľkosti cieľovej skupiny služieb VIRS z doposiaľ uvedených údajov tak možno zhrnúť, že pre potreby plánovania kapacít služieb VIRS a osobitne SVI, ktorá môže predstavovať najintenzívnejšiu formu podpory rodinám, nevieme spoľahlivo určiť veľkosť cieľovej skupiny. Umožnilo by sa to dôslednou a včasnou diagnostikou odchýlok vo vývine detí a nastavením indikácií (napr. s využitím spomenutej Medzinárodnej klasifikácie funkčnosti, dizability a zdravia pre deti a dorast), kedy majú byť odosielané do SVI. Napriek tomu za najbližší odhad považujeme počet detí do 5 rokov v ČŠPP, takmer 15 tisíc, keďže ide o deti, u ktorých sa objavilo podozrenie na rizikový vývin z hľadiska participácie na bežnom živote, predškolskom a školskom vzdelávaní (t. j. primárne nie niektorá zdravotná diagnóza), s ktorým boli tieto poradenské zariadenia kontaktované.

4.2. Počet detí do 7 rokov veku podľa druhu zdravotného postihnutia

V kontexte dostupnosti služieb VIRS je ďalšou dôležitou otázkou to, či majú rovnaký prístup k službám VIRS deti s rôznym druhom zdravotného postihnutia. Opäť je potrebné skonštatovať, že dostupné dáta neumožňujú na túto otázku odpovedať dostatočne presne. Na tomto mieste budeme vychádzať iba z porovnania podielov detí s jednotlivými druhmi ZP na celkových počtoch detí so ZP v poradenských centrách, materských školách, u PSVI a v informačných systémoch MPSVR SR. Pre väčšiu presnosť sme pri výpočte podielov vychádzali len zo súčtu druhov ZP uvedených v tabuľke, hoci *Školské štatistické ročenky*, ako aj informačné systémy MPSVR SR, sledujú aj ďalšie kategórie, napr. vývinové poruchy učenia, či chorí a zdravotne znevýhodnení všeobecne. Pri výbere uvedených druhov ZP sme brali do úvahy vymedzenie podľa *Dohovoru OSN o právach osôb so ZP*, ako aj dostupnosť údajov tak za rezort školstva, ako aj za rezort práce. Spravidla by tiež malo ísť o deti s ťažkým zdravotným postihnutím.

Tabuľka 6: Deti podľa druhu zdravotného postihnutia, 2022

	Počet PZ	Podiel (v %)	Počet MŠ	Podiel (v %)	PSVI: počet	Podiel (v %)	Deti so ZP podľa IS RSD MIS:	Podiel (v %)
Syndróm autizmu ¹⁷	2 342	7,9	629	22,3	776	28,4	1 505	57,6
Mentálne ¹⁸	905	3,1	346	12,3	449	16,4	106	4,1
Sluchové ¹⁹	302	1,0	129	4,6	137	5,2	240	9,2
Zrakové ²⁰	284	1,0	140	5,0	170	6,2	82	3,1
Narušená komunikačná schopnosť ²¹	23 476	79,3	883	31,3	237	32,7	74	2,8
Telesné ²²	638	2,2	119	4,2	892	8,7	231	8,8
Viacnásobné postihnutie ²³	1 652	5,6	572	20,3	70	2,5	373	14,3
Spolu	29 599	100	2 818	100	2 731*	100	2 611	100

* Uvedený súčet je vyšší ako celkový počet prijímateľov SVI (2 563), čo naznačuje, že niektoré deti môžu mať aj viacnásobné ZP, hoci takýmto spôsobom nie sú evidované.

Zdroj: CVTI SR, Školská štatistická ročenka – špeciálne školy: školské roky 2015/2016, 2019/2020, 2022/2023; IS RSD MIS, na vyžiadanie

Pri porovnaní počtov detí v poradenských centrách, materských školách, u PSVI a v informačných systémoch MPSVR SR podľa druhu ZP sa ukazuje, že pri všetkých druhoch ZP je počet detí v poradenských centrách najvyšší, čo indikuje, že do poradenských služieb sa dostávajú aj deti nad rámec ostatných systémov, hoci sa tým neodpovedá na otázku, koľko detí so ZP napriek tomu ostáva mimo VIRS a z akých dôvodov, resp. či je deťom v systéme poskytované poradenstvo dostatočne včas a v potrebnej intenzite.

V poradenských centrách výrazne dominovala skupina detí s narušenou komunikačnou schopnosťou (93 %), za ňou nasledovali deti s poruchou autistického spektra (7,9 %) a deti s viacnásobným postihnutím (5,6 %). Aj v materských školách sú najviac zastúpené deti s narušenou komunikačnou schopnosťou (31,3 %). Za nimi nasledujú deti s poruchou autistického spektra (22,3 %) a deti s viacnásobným postihnutím (20,3 %). U PSVI prevládali deti s telesným postihnutím (32,7 %), s pervazívnou vývinovou poruchou (28,4 %) a s mentálnym postihnutím (16,4 %). Napokon, v informačných systémoch MPSVR SR boli najviac zastúpenou skupinou deti s pervazívnou vývinovou poruchou (57,6 %), ďalej deti s viacnásobným postihnutím (14,3 %) a deti so sluchovým postihnutím (9,2 %). Naopak, najmenej zastúpenou skupinou sú vo všetkých prípadoch, okrem u PSVI, deti so zmyslovým postihnutím, spravidla do 5 %. U PSVI sa ukazujú byť najmenej zastúpenou skupinou deti s viacnásobným postihnutím (2,6 %), čo však môže súvisieť aj s problematickým vykazovaním tejto skupiny detí.

V nasledujúcom grafe pre doplnenie uvádzame aj podiely detí so ZP v materských školách na počtoch detí v poradenských centrách podľa jednotlivých druhov ZP.

¹⁷ Podľa IS RSD MIS: Poruchy psychického vývoja detí, pervazívne vývinové poruchy – mierna + stredná + ťažká porucha

¹⁸ Podľa IS RSD MIS: mentálna retardácia

¹⁹ Podľa IS RSD MIS: skupina postihnutia VII

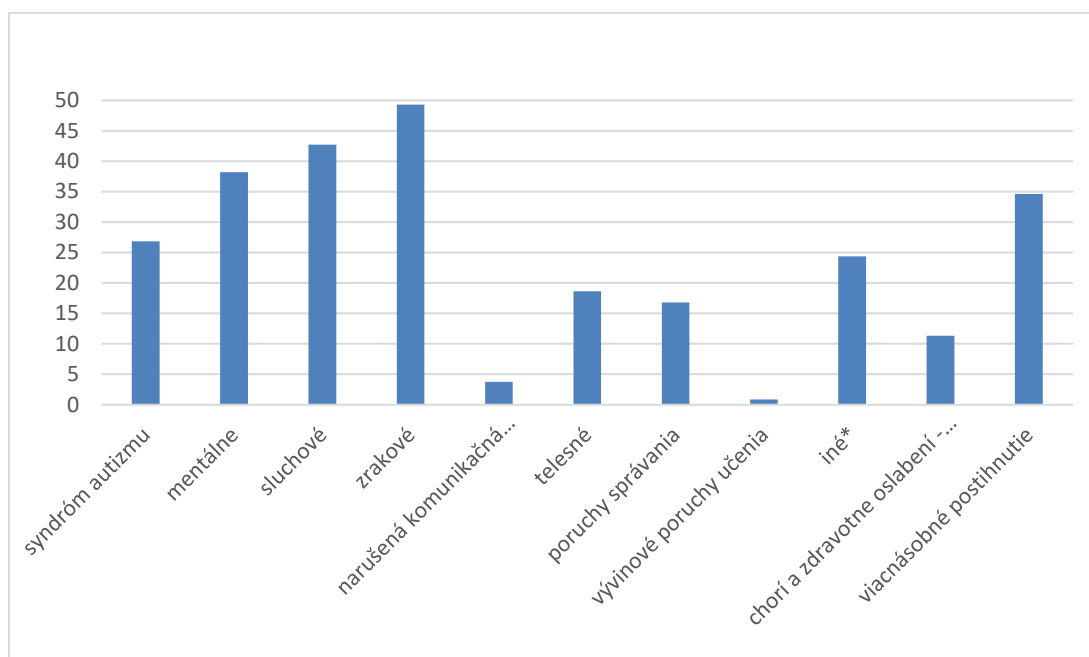
²⁰ Podľa IS RSD MIS: Skupina postihnutia VI

²¹ Podľa IS RSD MIS: Poruchy osobnosti, správania, intelektu, komunikácie; V štatistikách PSVI: afektívne poruchy + iné nešpecifikované duševné poruchy

²² Podľa IS RSD MIS: skupina postihnutia XII

²³ Podľa IS RSD MIS: Geneticky podmienené mentálne retardácie s multiorgánovým postihnutím

Graf 2: Podiel detí so ZP v špeciálnych materských školách (špeciálnych a integrovaných) na počte detí v ČSPaP podľa druhu postihnutia, 2022



* vývinové poruchy aktivity a pozornosti a nadaní so zdravotným postihnutím

Zdroj: CVTI SR, Školská štatistická ročenka – špeciálne školy: školský rok 2022/2023; Výkaz o školských zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie 2022

Hoci celkovo navštevuje materskú školu len necelých 10 % detí so ZP z celkového počtu detí v poradenských centrách, pri skupinách detí s poruchou autistického spektra, telesným postihnutím, poruchou správania, či všeobecným zdravotným oslabením ide o 15-25 %, zatiaľ čo pri deťoch s mentálnym, zmyslovým, či viacnásobným postihnutím ide o 34-49 %.

4.3. Počet poskytovateľov služieb VIRS

Ďalšou dôležitou otázkou po odhade veľkosti skupiny klientov služieb VIRS je počet poskytovateľov, ktorí sú im k dispozícii a jeho vývoj v čase.

V rezortoch zdravotníctva a školstva je v tejto súvislosti opäť potrebné brať do úvahy skutočnosť, že väčšina poskytovateľov VIRS sa špecificky nezameriava na deti v ranom veku. Tak špecializované pediatrické ambulancie, ako aj centrá poradenstva a prevencie sú určené pre deti do 18 rokov. v rezorte zdravotníctva navyše, na rozdiel od ostatných dvoch rezortov, nehovoríme o jednom type poskytovateľa VIRS, ale o viacerých typoch ambulancií podľa ich špecializácie. Nasledujúca tabuľka ponúka prehľad počtu vybraných špecializovaných pediatrických ambulancií v roku 2022.

Tabuľka 7: Prehľad vybraných špecializácií zameraných na pediatriu, 2022

Typ poskytovateľa	Zazmluvnení		Nezazmluvnení	Spolu
	Spolu	Z toho: Ambulancie mimo ústavnej starostlivosti (nemocníc)		
Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	353	228	74	427
Klinická logopédia	155	138	20	175
Klinická psychológia	234	162	148	382
Pediatrická neurológia	65	39	3	68
Detská psychiatria	46	28	4	50
Pediatrická oftalmológia	9	8	11	20

Zdroj: MZ SR, na vyžiadanie

Z údajov v tabuľke napríklad vyplýva, že kým najpočetnejšou skupinou boli, ako sme uviedli vyššie v texte, pacienti navštevujúci ambulancie pediatrickej neurológie, počet ambulancií s touto špecializáciou bol až 4. najvyšší (po ambulanciách fyzioterapie, klinickej psychológie a klinickej logopédie). Najnižší bol počet ambulancií pediatrickej oftalmológie.

S ohľadom na možnú finančnú dostupnosť je tiež zaujímavé sledovať zastúpenie nezazmluvnených ambulancií na počte ambulancií mimo zariadení ústavnej starostlivosti. Pri takomto pohľade sa ukazuje, že z 302 ambulancií fyzioterapie bolo nezazmluvnených 24,5 %, zo 158 ambulancií klinickej logopédie bolo nezazmluvnených 12,7 %, ale pri ambulanciách klinickej psychológie bol podiel nezazmluvnených výrazne vyšší, išlo o 47,8 % z 310 ambulancií. Pri ostatných vybraných špecializáciách bol celkový počet ambulancií nízky, menej ako 50, pričom len u oftalmologických ambulancií bolo o niečo viac nezazmluvnených ako zazmluvnených.

Nasledujúca tabuľka ponúka vývoj počtu poskytovateľov VIRS v rezortoch školstva a práce.

Tabuľka 8: Počet poskytovateľov služieb VIRS v rezortoch školstva a práce vo vybraných rokoch

	Počet ČŠPP	Počet PSVI	Spolu deti v ČŠPP a u PSVI ²⁴	Počet detí na 1 PZ
2015	137	26	27 616	170
2019	150	35	34 702	188
2022	149	46	33 873	174

Zdroj: MPSVR SR, Správa o sociálnej situácii obyvateľstva SR 2015, 2019, 2022; MŠVVŠ SR, Výkaz o školských zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie 2015, 2019, 2022; MŠVVŠ, na vyžiadanie

Z údajov v tabuľke vyplýva, že počet poskytovateľov služieb VIRS v uvedenom období vzrástol, avšak počet detí so ZP rástol rýchlejšie. v roku 2022 pripadlo na každé z poradenských zariadení o 4 deti viac ako v roku 2015 – v roku 2022 išlo o 174 detí.

Konkrétne počet poskytovateľov SVI medzi rokmi 2015 a 2022 stúpol z 26 na 46. Kým ich štruktúra podľa zriaďovateľa bola na začiatku vzniku služby v prospech tých verejných, v roku 2019 sa stav preklopil a v roku 2022 už bolo neverejných poskytovateľov služby 32, zatiaľ čo verejných bolo 14.

²⁴ uvedené údaje sú orientačné, kvôli možnému dvojitému započítaniu detí, ktoré navštevovali ČŠPP aj PSVI
PZ – poradenské zariadenie

Okrem toho bolo medzi PSVI 6 takých, ktoré zároveň pôsobili aj ako CPPP / CŠPP, pričom jedno z nich malo tri pracoviská.²⁵

V sieti zariadení poradenstva a prevencie došlo od 1. januára 2023 k zásadnej transformácii, po ktorej aktuálne poskytuje služby spolu 29 ŠCPaP, z toho 13 štátnych a 16 súkromných. Spomedzi nich sa špecializuje 8 na deti / žiakov s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami, 5 na žiakov s mentálnym postihnutím, 5 na žiakov s narušenou komunikačnou schopnosťou, 4 na žiakov s viacnásobným postihnutím, 4 na deti do 5 rokov, 2 na žiakov so zrakovým postihnutím a 1 na žiakov so sluchovým postihnutím. To zhruba zodpovedá zastúpeniu detí s jednotlivými druhmi ZP v CŠPP – v predchádzajúcej časti sme sa zmienili, že najpočetnejšie boli skupiny detí s narušenou komunikačnou schopnosťou a s pervazívnou vývinovou poruchou, zatiaľ čo najmenej zastúpené boli deti so zmyslovým postihnutím. Prepočty detí podľa druhu ZP na jedno ŠCPaP zobrazuje nasledujúca tabuľka.

Tabuľka 9: Počet detí na jedno ŠCPaP podľa druhu ZP, 2022

Druh ZP	Počet ŠCPaP	Počet detí na 1 ŠCPaP
Autizmus	8	293
Narušená komunikačná schopnosť	5	4 695
Mentálne	5	180
Viacnásobné	4	413
Telesné	0	638
Zrakové	2	142
Sluchové	1	302
Deti do 5 rokov	4	n/a

n/a – údaj nie je k dispozícii

Zdroj: MŠVVŠ SR, Výkaz o školských zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie 2022

Uvedené údaje majú z hľadiska hodnotenia dostupnosti služieb ŠCPaP orientačný charakter. Na jednej strane totiž nemožno predpokladať, že každý druh ZP vyžaduje rovnako intenzívnu podporu odborného tímu. Inak povedané, ŠCPaP s určitým zameraním môžu efektívne zvládať prácu s vyšším počtom detí ako ŠCPaP s iným zameraním. Zároveň, ŠCPaP predstavujú pri poskytovaní poradenstva najvyšší stupeň podpory, nasledujúc po CPaP, takže je možné, že s uvedeným počtom detí v skutočnosti do kontaktu neprídu. Napokon, prepočítaná dostupnosť neindikuje aj geografickú dostupnosť. Napríklad jedno ŠCPaP pre 302 detí so sluchovým postihnutím bude pre svoju cieľovú skupinu geograficky menej dostupné ako 8 ŠCPaP pre deti s autizmom, aj keď každé z nich poskytne službu približne rovnakému počtu detí (293). Napriek tomu je pomerne prekvapivé, že deti s viacnásobným ZP majú pri prepočte na jedno ŠCPaP jeden z najvyšších počtov (413) a pre deti s telesným postihnutím samostatné ŠCPaP ani nevzniklo.

V tejto súvislosti pre porovnanie v nasledujúcej tabuľke uvádzame aj prepočet detí vo vybraných špecializovaných pediatrických ambulanciách na 1 ambulanciu.

²⁵ išlo o nasledujúcich PSVI: CVI Bratislava, o. z. Tenenet, EFFETA (3. a 4. stupeň podpornej úrovne), Nosko centrum, Súkromné centrum špeciálno-pedagogického poradenstva (3 pracoviská: Žilina, Martin, Rajec) a CVI Žilina.

Tabuľka 10: Priemerný počet pacientov do 7 rokov na 1 ambulanciu, 2022

Typ ambulancie	Počet ambulancií	Celkový počet pacientov	Priemerný počet pacientov na 1 ambulanciu
Fyzioterapia	427	30	0,1
Klinická logopédia	175	38 142	218,0
Klinická psychológia	382	8 221	21,5
Pediatrická neurológia	68	32 041	471,2
Detská psychiatria	50	4 698	94,0
Pediatrická oftalmológia	20	8 923	446,2

Zdroj: MZ SR, na vyžiadanie

Zatiaľ čo na 1 ŠCPaP v priemere pripadlo 4 695 detí s narušenou komunikačnou schopnosťou, na 1 ambulanciu klinického logopéda išlo o výrazne menej, 218 detí. V prípade zrakového postihnutia bola situácia opačná, na 1 ŠCPaP pripadlo menej detí ako na 1 ambulanciu pediatrickej oftalmológie - 142 vs. 446 detí. V tomto prípade je možné predpokladať, že v počte pacientov oftalmologických ambulancií sú aj takí, pre ktorých je postačujúcou pomocou napr. predpísanie okuliarov, bez potreby ďalšej podpory vo vývine. Podobne u detí s poruchou autistického spektra pripadlo na 1 ŠCPaP takmer 300 detí, zatiaľ čo na 1 ambulanciu pediatrickej psychiatrie to bolo takmer 4 700 detí do 7 rokov, hoci tento údaj zahŕňa nielen deti s PAS.

4.4. Zamestnanci v službách VIRS

Ďalším indikátorom dostupnosti VIRS sú zamestnanci pediatrických ambulancií, poradenských zariadení a SVI, tak z hľadiska vývoja ich počtu, ako aj s ohľadom na ich profesijné zastúpenie. V rezorte zdravotníctva ide jednak o primárnych pediatrov, ako aj o lekárov v špecializovaných pediatrických ambulanciách. Podľa Stratégie všeobecnej ambulantnej starostlivosti do roku 2030 (MZ, 2022) vo verejnej minimálnej sieti poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti k 1.1.2022 v SR chýbalo 223 primárnych pediatrov pri stanovenom normatívnom počte 1 100 kapitovaných poistencov na jedného primárneho pediatra. Na rozdiel od všeobecnej ambulantnej starostlivosti reforma verejnej minimálnej siete špecializovanej ambulantnej starostlivosti zatiaľ neprebehla, naďalej je v tejto súvislosti v platnosti Nariadenie vlády č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Nariadenie stanovuje minimálny počet lekárov špecialistov v príslušnom medicínskom odbore a regióne, ktorých musí mať každá zdravotná poisťovňa zazmluvnených. Demografický vývoj za posledných 15 rokov tak pri zabezpečovaní dostupnosti špecializovanej ambulantnej starostlivosti zatiaľ nie je legislatívne reflektovaný. Pri novej sieti všeobecných lekárov sa pritom zaviedlo kritérium dojazdu do ambulancie do 25 minút, ako aj pravidlo, že každý rok sa má sieť prehodnocovať (Homola, 2023). Nasledujúca tabuľka zobrazuje počet lekárov v zazmluvnených špecializovaných pediatrických ambulanciách, ako aj minimálny počet úväzkov vo vybraných špecializáciách pre SR, ako bol stanovený nariadením vlády z r. 2008.

Tabuľka 11: Počet lekárov vo vybraných zazmluvnených²⁶ špecializovaných pediatrických ambulanciách, 2022

Typ ambulancie	Počet lekárov	Počet úväzkov	Počet úväzkov* podľa Nariadenia vlády č. 640/2008 Z. z.
Fyziatria	425	277,2	126,7
Klinická logopédia	145	128,8	118,5
Klinická psychológia	290	215,9	160
Pediatrická neurológia	69	41,4	256,1
Detská psychiatria	58	34,6	262,6
Pediatrická oftalmológia	9	4,1	292,2

- Ide o údaje súhrnne pre deti aj dospelých

Zdroj: MZ SR, na vyžiadanie

Vo všetkých uvedených špecializáciách sú výšky úväzkov nižšie ako počty lekárov. Najvyšší počet úväzkov, 277, je v ambulanciách fyziatrie a, naopak, najnižší, len 4 úväzky, je v zazmluvnených ambulanciách pediatrickej oftalmológie. Pri porovnaní počtu úväzkov s minimálnym počtom podľa nariadenia vlády z r. 2008 sa ukazuje, že aktuálne počty úväzkov v zazmluvnených ambulanciách sú vyššie v špecializáciách fyziatria, klinická logopédia a klinická psychológia. V ostatných vybraných špecializáciách sú výrazne nižšie, čo však môže súvisieť aj so skutočnosťou, že minimálne počty úväzkov sa uvádzajú súhrnne pre deti aj dospelých. V nasledujúcej tabuľke uvádzame aj priemerný počet pacientov na 1 úväzok v zazmluvnených ambulanciách, avšak je potrebné brať do úvahy, že tento obraz z dôvodu absentujúcich dát o úväzkoch v nezazmluvnených ambulanciách nie je úplný a má iba orientačný charakter.

Tabuľka 12: Priemerný celkový počet pacientov na 1 úväzok v zazmluvnenej ambulancii

Typ ambulancie	Počet úväzkov V zazmluvnených ambulanciách	Celkový počet pacientov (v zazmluvnených aj nezazmluvnených ambulanciách)	Priemerný počet pacientov na 1 úväzok
Fyzioterapia	277,2	30	0,1
Klinická logopédia	128,8	38 142	296,1
Klinická psychológia	215,9	8 221	38,1
Pediatrická neurológia	41,4	32 041	773,9
Detská psychiatria	34,6	4 698	135,8
Pediatrická oftalmológia	4,2	8 923	2 124,5

Zdroj: MZ SR, na vyžiadanie

V prepočtoch pacientov na úväzky lekárov v jednotlivých typoch zazmluvnených ambulancií sa ukazujú výrazné rozdiely. Najviac pacientov do 7 rokov, 8 923, pripadá na 1 úväzok v oftalmologickej ambulancii. U klinických logopédov ide o 296 pacientov na 1 úväzok a u klinických psychológov o 38 pacientov na 1 úväzok.

Vývoj počtu zamestnancov ČŠPP a PSVI ponúka nasledujúca tabuľka.

²⁶ Pre počty nezazmluvnených ambulancií nie je možné určiť výšku úväzkov.

Tabuľka 13: Zamestnanci CŠPP a PSVI vo vybraných rokoch

	CŠPP		PSVI	
	Počet zamestnancov	Počet úväzkov	Počet zamestnancov	Počet úväzkov
2015	766	472	n/a	n/a
2019	842	588	n/a	n/a
2022	774	531	477	216

n/a – údaj nie je k dispozícii

Zdroj: MŠVVŠ SR, Výkaz o školských zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie 2015, 2019, 2022; IS SoS, na vyžiadanie

V roku 2022 pôsobilo v službách VIRS približne 1 251 odborných zamestnancov, pracujúcich na 747 plných úväzkov, na 31-35 tisíc detí.

U jedného PSVI v roku 2022 priemerne pracovalo menej ako 5 odborných zamestnancov (4,7 osôb). Pri celkovom počte 2 563 prijímateľov SVI na jedného PSVI v roku 2022 pripadlo priemerne 56 klientov a na 1 úväzok zamestnanca to bolo v priemere 12 klientov, čo je päťkrát menej ako na 1 zamestnanca CŠPP. Z rozdielného počtu klientov na 1 úväzok u PSVI a v CŠPP tak možno predpokladať rozdiely v zameraní a intenzite služieb poskytovaných u PSVI a v CŠPP.

Počet klientov PSVI sa v uvedenom období zvýšil z 1 700 na 2 563 (o 51 %).

V CŠPP došlo medzi rokmi 2019 a 2022 k poklesu počtu úväzkov odborných zamestnancov na 531. na jedného zamestnanca pripadalo v roku 2022 v priemere 59 detí. Porovnateľnú hodnotu s uvedenými údajmi v rezorte zdravotníctva dosahuje len počet 38 detí do 7 rokov na 1 klinického psychológa v zazmluvnenej ambulancii. Všetky ostatné počty na 1 úväzok sú v rezorte zdravotníctva v porovnaní s CŠPP a SVI výrazne vyššie. Podrobnejšej analýze ľudských zdrojov v CŠPP sa venovali Sojková a kol. (2021), ktorí tiež upozornili na významné rozdiely medzi počtom zamestnancov a počtom úväzkov v CŠPP.

Poddimenzovaný počet zamestnancov v podporných tímoch v poradenských zariadeniach bol skonštatovaný aj v Stratégii inkluzívneho prístupu vo výchove a vzdelávaní (MŠVVŠ SR 2021), v ktorej sa takisto uvádza, že jeho dôsledkom je neskorá intervencia a sanácia potrieb dieťaťa, žiaka a rodiny. Problémom je aj nedostupnosť terénnej VIRS pre deti žijúce vo vylúčených komunitách, s kultúrnymi špecifikami alebo slabým socioekonomickým zázemím a zdravotným postihnutím.

V nasledujúcej tabuľke pre ilustráciu uvádzame podrobnejšiu štruktúru zamestnancov CŠPP a PSVI a ich prepočet na plné úväzky.

Tabuľka 14: Zastúpenie vybraných profesií v ČŠPP a PSVI, 2022

	ČŠPP		PSVI	
	Zamestnanci	Úväzky	Zamestnanci	Úväzky
Psychológovia	233	169,2	84	31
Špeciálni pedagógovia	354	232,7	105	44
Liečební pedagógovia	9	7,2	42	8
Sociálni pedagógovia	22	18,4	0	0
Logopédi	109	69,15	10	4
Sociálni pracovníci ²⁷	21	16	127	68
Zdravotnícki pracovníci (fyzioterapia)	26	18,4	36	22
Spolu	774	530,8	404	177

Zdroj: MŠVVŠ SR, Výkaz o školských zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie 2022; IS SoS, na vyžiadanie

V ČŠPP pracovalo v porovnaní s PSVI viac psychológov (nie u každého PSVI bol zamestnaný psychológ na plný úväzok), špeciálnych pedagógov a výrazne viac logopédov (u PSVI boli logopédmi pokryté len 4 plné úväzky, hoci táto profesia nebola zastúpená ani v každom ČŠPP). Naopak, na všetky ČŠPP pripadlo len 16 úväzkov sociálnych pracovníkov. U PSVI tiež bolo o niečo vyššie zastúpenie fyzioterapeutov ako v ČŠPP.

Pri porovnaní týchto údajov s rezortom zdravotníctva sa napr. ukazuje, že vo VIRS bolo v roku 2022 celkom 216 úväzkov klinických psychológov, 169 úväzkov psychológov v ČŠPP a 31 úväzkov v SVI. Podobne bolo v zdravotníctve 129 úväzkov klinických logopédov, kým v školstve išlo o 69 a v SVI len o 4 úväzky. Aj u fyzioterapeutov bol najvyšší počet úväzkov, 277, v ambulanciách v rezorte zdravotníctva. v SVI pôsobilo 22, kým v ČŠPP 18 fyzioterapeutov. Opäť pritom treba poznamenať, že hoci počet uvedených odborností je s výnimkou fyzioterapeutov najnižší v SVI, iba táto služba sa zameriava výlučne na raný vek. Na druhej strane sú v zdravotníctve skutočné počty úväzkov ešte vyššie, keďže k dispozícii nie sú údaje za nezazmluvnené ambulancie.

Pre ilustráciu tiež uvádzame vývoj počtu odborných zamestnancov ČŠPP vo vybraných rokoch.

Tabuľka 15: Vývoj počtu odborných zamestnancov ČŠPP vo vybraných rokoch

	2015		2019		2022	
	Zamestnanci	Úväzky	Zamestnanci	Úväzky	Zamestnanci	Úväzky
Psychológovia	177	126,8	234	177,9	233	169,2
Špeciálni pedagógovia	397	219,4	419	276,4	354	232,75
Liečební pedagógovia	16	7,9	9	6,4	9	7,2
Sociálni pedagógovia	20	16,8	19	16,7	22	18,4
Školskí logopédi	88	53,5	98	64,2	109	69
Sociálni zamestnanci	36	24,9	26	19,5	21	15,9
Zdravotnícki zamestnanci (fyzioterapia)	32	22,7	37	26,75	26	18,4
Spolu	766	472	842	587,9	774	530,8

Zdroj: MŠVVŠ SR, Výkaz o školských zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie 2015, 2019, 2022

Z tabuľky vyplýva, že počet úväzkov odborných zamestnancov v ČŠPP sa medzi rokmi 2015 a 2022 posilnil, zo 472 na 530 (o 12,3 %). Okrem toho klesol počet sociálnych pracovníkov, pričom v roku 2022

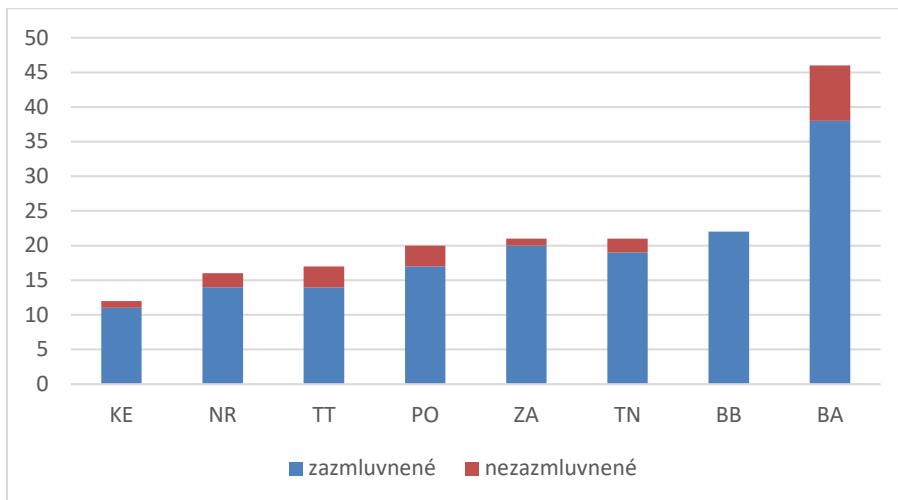
²⁷ u PSVI: sociálny poradca + inštruktor sociálnej rehabilitácie + sociálny pracovník + terénny sociálny pracovník + asistent sociálnej práce

dosiahol len menej ako 16 úväzkov. V porovnaní s PSVI, kde sú sociálni pracovníci povinnou súčasťou odborného tímu, tak ide o podstatný rozdiel. Rovnako nie sú bežnou súčasťou tímov ČŠPP ani zdravotnícki zamestnanci, v roku 2022 ich bolo 26, resp. 18,5 úväzkov.

4.5. Regionálne rozloženie služieb VIRS

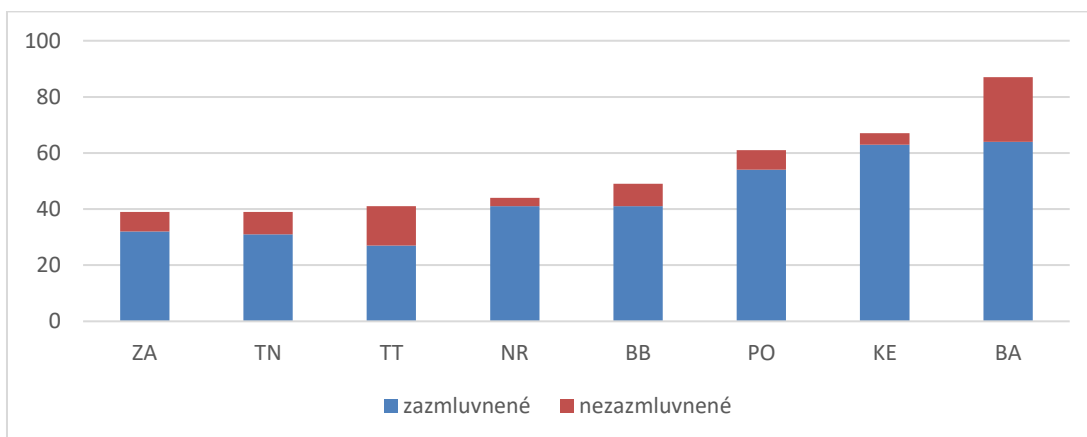
Ďalšou optikou popri druhu ZP je geografická dostupnosť služieb VIRS. Nasledujúce grafy zobrazujú počet vybraných špecializovaných pediatrických ambulancií podľa krajov.

Graf 3: Počet ambulancií klinickej logopédie podľa krajov, 2022



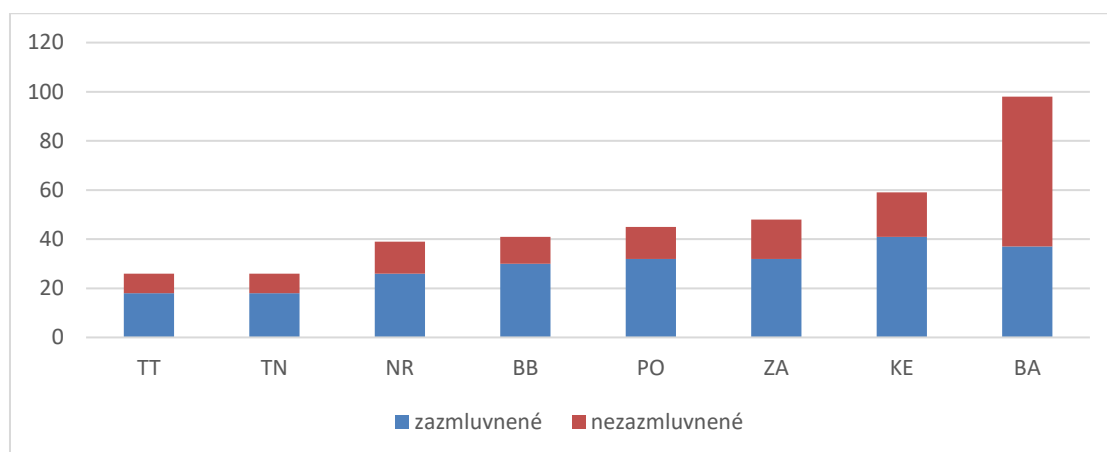
Zdroj: MZ SR, na vyžiadanie

Graf 4: Počet ambulancií fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie podľa krajov, 2022



Zdroj: MZ SR, na vyžiadanie

Graf 5: Počet ambulancií klinickej psychológie podľa krajov, 2022



Zdroj: MZ SR, na vyžiadanie

Vo všetkých uvedených odbornostiach bol najvyšší počet ambulancií v Bratislavskom kraji. Druhý najvyšší počet bol v Košickom kraji, s výnimkou klinickej logopédie, kde bol 2. najvyšší počet v Banskobystrickom kraji. Naopak, celkovo najnižší, 12, bol počet logopedických ambulancií v Košickom kraji. Najnižší počet fyziatrických ambulancií, 39, bol v Žilinskom a Trenčianskom kraji a najnižší počet psychologických ambulancií, 26, bol v Trnavskom a Trenčianskom kraji.

V Bratislavskom kraji tak bol 2,2-násobne vyšší počet fyziatrických ambulancií ako v Žilinskom a Trenčianskom kraji s najnižším počtom týchto ambulancií. v prípade logopedických ambulancií išlo až o 3-8-násobný rozdiel medzi počtom ambulancií v Bratislavskom kraji na jednej strane a Košickom kraji na druhej strane. Rovnako to platí aj o psychologických ambulanciách, ich počet bol takmer 4-krát vyšší v Bratislavskom ako v Trnavskom a Trenčianskom kraji.

Prehľad počtu poskytovateľov a prijímateľov služieb VIRS v rezortoch školstva a práce podľa kraja ponúka nasledujúca tabuľka.

Tabuľka 16: Počet poskytovateľov a prijímateľov služieb VIRS podľa krajov, 2022

	Počet CŠPP	Počet klientov do 7 rokov	Počet PSVI	Počet klientov SVI	Počet úväzkov	Počet klientov na 1 úväzok v SVI*
Banskobystrický	17	2 772	5	397	35	11,3
Bratislavský	21	3 344	4	602	24	25,8
Košický	15	3 646	5	219	57	3,8
Nitriansky	18	2 792	7	228	34	6,7
Prešovský	26	3 390	9	322	44	7,3
Trenčiansky	14	5 237	5	162	30	5,4
Trnavský	13	2 746	5	299	30	10
Žilinský	25	7 217	7	334	31	10,8
Spolu	149	31 144	46	2 563	285	9

- Uvedený údaj má iba orientačný charakter, keďže zahŕňa všetkých, nie iba odborných zamestnancov SVI.

Zdroj: MPSR SR, na vyžiadanie; MŠVVŠ SR, na vyžiadanie

V regionálnom rozložení PSVI sa prejavujú značné rozdiely. v roku 2022 bolo najviac PSVI, 9, v Prešovskom kraji a najmenej, 4, v Bratislavskom kraji. Naopak, najviac, 602 klientov bolo

v Bratislavskom kraji a najmenej, 162, v Trenčianskom kraji. Kým teda na 1 PSVI v Trenčianskom kraji pripadlo 32,4 klientov, v Bratislavskom kraji to bolo takmer päťnásobne viac: 150,5 klientov. v Prešovskom kraji s najvyšším počtom PSVI pripadlo na 1 PSVI 35,7 klientov. Nad priemerom za celú SR, 55,7 klientov, boli tri kraje – Banskobystrický, Bratislavský a Trnavský. Najvyšší počet zamestnancov PSVI, 57 úväzkov, bol v Košickom kraji, zatiaľ čo najnižší počet, 24 úväzkov, bol v Bratislavskom kraji.

Bratislavský kraj tak bol krajom s najnižším počtom 4 PSVI, najnižším počtom 24 pracovných úväzkov, najvyšším počtom 602 klientov a, ako uvedieme v nasledujúcej podkapitole, 2. najvyššími výdavkami na služby včasnej intervencie. Naopak, v Prešovskom kraji bolo najviac, 9 PSVI, s 2. najvyšším počtom, 44 úväzkov.

Kraj s najvyšším počtom PSVI bol zároveň krajom s najvyšším počtom ČŠPP – 26. V nasledujúcom grafe je zobrazený pomer týchto dvoch druhov zariadení VIRS v jednotlivých krajoch. Vo všeobecnosti platilo, že v krajoch s vyšším počtom CPP bol aj vyšší počet PSVI. Výnimkou je Bratislavský kraj, v ktorom bolo pri počte 4 PSVI až 21 ČŠPP.

Graf 6: Počet zariadení VIRS podľa krajov, 2022



Zdroj: MPSR SR, na vyžiadanie; MŠVVŠ SR, na vyžiadanie

Vysoký počet ČŠPP v kraji však nevyhnutne neznamená vysoký počet klientov, aspoň pokiaľ ide o sledovanú kategóriu do 7 rokov. Rozpätie počtu centier je od 13 v Trnavskom po 26 v Prešovskom kraji, a predsa nie je rozdiel v počte klientov do 7 rokov až taký markantný v porovnaní s inými krajoch. Väčšina krajov disponuje počtom klientov do 7 rokov v rozmedzí menej ako tisícky – medzi 2 700-3 600. Výnimkami sú Trenčiansky kraj s vyše 5 tisíc klientami pri len 14 centrách a Žilinský kraj s vyše 7 tisícmi pri počte 25 centier.

4.6. Stručný prehľad financovania

Financovanie služieb VIRS je pomerne komplexnou témou, keďže je viacdrojové a s odlišnými pravidlami pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (zazmluvnených / nezazmluvnených zdravotnými poisťovňami), ŠCPaP a PSVI (pre verejných a neverejných poskytovateľov). Na tomto mieste sa obmedzíme len na naznačenie objemu a štruktúry finančných prostriedkov v systéme, v kontexte dostupnosti služieb VIRS.

Nasledujúca tabuľka ponúka prehľad príjmov a výdavkov ČŠPP a PSVI vo vybraných rokoch.

Tabuľka 17: Prehľad príjmov a výdavkov PSVI vo vybraných rokoch

	Príjmy	Výdavky
2015	n/a	n/a
2019	1 860 852	1 940 083
2022	3 239 898,75	3 238 958,18

n/a – údaj nie je k dispozícii

Zdroj: MPSVR SR, Správa o sociálnej situácii obyvateľstva SR, 2015, 2019 a 2022

Z tabuľky vyplýva, že príjmy PSVI medzi rokmi 2019 a 2022 vzrástli o 74 % a dosiahli takmer 3 240 000 EUR. Pri prepočte na 1 PSVI išlo v roku 2022 o sumu 70 433 EUR, pričom mesačne to bolo 5 869 EUR. Ak by táto suma mala postačovať len na úhradu mzdových nákladov, pri 0,8-násobku priemernej mzdy vrátane povinných odvodov (1 265 EUR) by 1 PSVI mohol zamestnávať na plný úväzok najviac 4 zamestnancov a na ostatné náklady by mal k dispozícii približne 800 EUR. Nasledujúca tabuľka podrobnejšie zobrazuje zdroje príjmov PSVI v roku 2022.

Tabuľka 18: Štruktúra príjmov PSVI v roku 2022

	Hodnota (v EUR)	Podiel na celkových príjmoch (%)
Celkom	3 239 898,75	100
Z rozpočtovej kapitoly MPSVR spolu	80 997,57	2,5
Z toho:		
Neinvestičné dotácie z MPSVR	75 642,57	2,3
Investičné dotácie z MPSVR	5 233,00	0,2
Ďalšie príjmy		
Zo štátneho rozpočtu iné	11 983,28	0,4
Z rozpočtu VÚC	2 590 438,87	80,0
Z rozpočtu obcí	158 338,00	4,9
Zo súkromného sektoru	29 679,86	0,9
Zo sektoru NISD²⁸	22 875,46	0,7
Zo zdrojov EÚ	7 427,33	0,2
Zahraničné granty	14 457,72	0,4
Domáce granty	33 841,00	1,4
Dary, zbierky	175 120,19	5,4
Z 2% / 3% z dane z príjmov	64 813,39	2,5
Z uzatvorenej zmluvy o iných činnostiach podľa § 15 ods. 3	4 000,00	0,1
Iné príjmy	46 048,08	1,4

Zdroj: IS SoS, na vyžiadanie

Najvyšší podiel na príjmoch PSVI majú prostriedky zo zdrojov VÚC (80 %). Pomerne nízky bol podiel zo zdrojov EÚ (0,2 %). Dary a príjmy boli na celkových príjmoch zastúpené podielom 5,4 % a zo súkromného sektora 0,9 %. Podiel z 2, resp. 3 % dane z príjmov predstavoval 2,5 %. Platby od užívateľov (príjmy z úhrad za poskytovanú sociálnu službu) sa štandardne uvádzajú v samostatnej kategórii, no v prípade včasnej intervencie sa tieto údaje od poskytovateľov v informačnom systéme (IS SoS) nezberajú. Nasledujúca tabuľka ponúka podrobnejší prehľad výdavkov na služby včasnej intervencie podľa jednotlivých krajov.

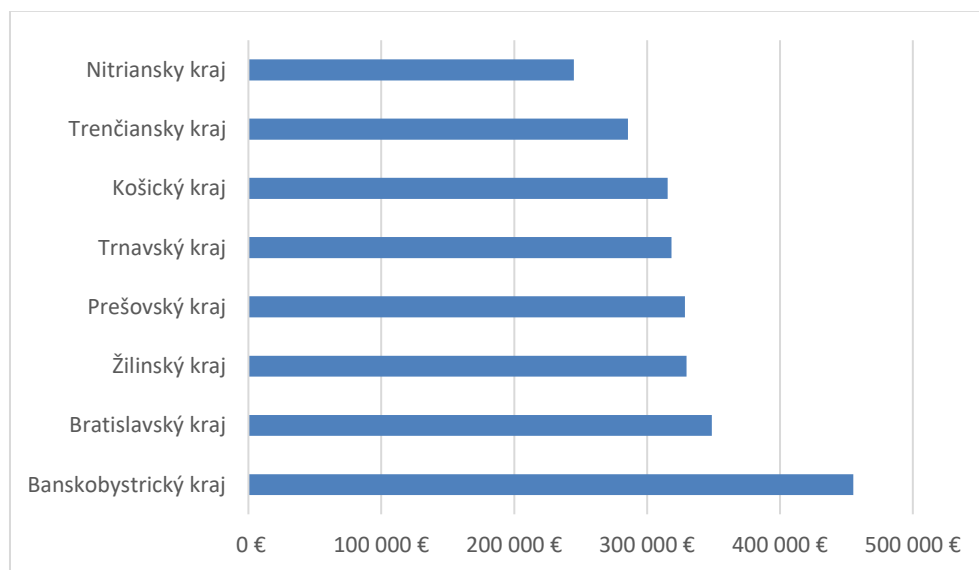
²⁸ NISD – neziskové inštitúcie slúžiace domácnostiam

Tabuľka 19: Výdavky VÚC na činnosť PSVI v roku 2022

	Výdavky na PSVI (v EUR)	Počet PSVI	Počet klientov
Banskobystrický	455 250	5	397
Bratislavský	348 718,5	4	602
Košický	315 614,5	5	219
Nitriansky	245 004,5	7	228
Prešovský	328 558,5	9	322
Trenčiansky	285 619	5	162
Trnavský	318 330	5	299
Žilinský	329 710	7	334

Zdroj: IS SoS, na vyžiadanie

Graf 7: Výdavky VÚC na činnosť PSVI v roku 2022



Zdroj: IS SoS, na vyžiadanie

Najvyšší objem prostriedkov na činnosť PSVI vynaložil Banskobystrický kraj (455 250 EUR) a najnižší Nitriansky kraj (245 005 EUR). V Nitrianskom kraji je pritom vyšší počet PSVI ako v Banskobystrickom, hoci pri pohľade na počet klientov je to naopak. Bratislavský kraj síce na činnosť PSVI vynaložil druhý najvyšší objem prostriedkov, ale počet klientov je tu výrazne vyšší ako v iných krajoch. v Prešovskom kraji je takmer dvakrát toľko PSVI ako v Trenčianskom a rovnako to platí o počte klientov. Pri pohľade na výdavky je však zrejmé, že prostriedky na podporu PSVI nie sú v Prešovskom kraji v porovnaní s Trenčianskym dvojnásobné. Aspoň do určitej miery tak platí, že čím vyššie výdavky, tým vyšší počet klientov, s výnimkou Bratislavského kraja, kde v tomto smere existuje výrazný nepomer. Zároveň, z celkového počtu 46 PSVI bolo 32 neverejných poskytovateľov (70 %). Napríklad v Bratislavskom kraji išlo o 3 zo 4 PSVI a v Prešovskom kraji o 8 z 9 PSVI. V nasledujúcej tabuľke uvádzame prehľad výdavkov PSVI v roku 2022.

Tabuľka 20: Prehľad výdavkov PSVI v roku 2022

	Hodnota (v EUR)	Podiel na celkových výdavkoch (%)
Celkom	3 238 958,18	100
Bežné transfery	60 898,44	1,9
Kapitálové výdavky	42 221,03	1,3
Tovary a služby spolu	778 768,52	24,4
Z toho:		
Energie, voda, komunikácie	61 520,97	1,9
Prenájom	101 902,92	3,1
Údržba a opravy	28 651,83	0,9
Materiálové výdavky	225 598,19	7,0
Služby	320 759,13	10,0
Cestovné	19 919,74	0,6
Dopravné náklady	20 415,74	0,6
Mzdové náklady a dohody spolu	2 357 070,19	72,8

Zdroj: IS SoS, na vyžiadanie

Najvyšším podielom na výdavkoch PSVI boli v roku 2022 zastúpené mzdové náklady (72,8 %). S ohľadom na skutočnosť, že SVI sú služby poskytované aj terénnou formou, je tiež zaujímavé, že cestovné a dopravné náklady spolu predstavovali 1,2 % celkových výdavkov PSVI. na prenájom priestorov PSVI v roku 2022 vynaložili 3,1 % a na energie 1,9 % z celkových výdavkov.

Dôležitou otázkou v oblasti financovania služieb VIRS sú však aj poplatky za tieto služby, ktoré môžu determinovať ich ne/dostupnosť najmä pre rodiny s nízkym príjmom. V rezorte zdravotníctva nebola priemerná výška poplatkov u poskytovateľov nezazmluvnených zdravotnými poisťovňami predmetom zisťovania. V rezorte práce, sociálnych vecí a rodiny je služba včasnej intervencie v zmysle zákona č. 448/2008 Z. z., § 72, ods. 6 poskytovaná bezplatne, niektorí poskytovatelia však prijímajú poplatky za služby, ktoré uvádzajú ako nadštandardné. Rovnako bezplatne sú poskytované služby VIRS v štátnych ŠCPaP. Naopak, súkromné ŠCPaP majú svoje služby s poplatkami. Nasledujúca tabuľka uvádza príklady poplatkov za služby VIRS.

Tabuľka 21: Príklady spoplatnených služieb pre evidovaných klientov

Služba	Cena (EUR)	Poskytovateľ	Kraj
Úvodné stretnutie	50 (90-120 min) 20	ZPP SVI	KE BA
Komplexné posúdenie vývinu dieťaťa	50 (90-120 min)	ZPP	KE
Správa a odporúčania na podporu vývinu v materskej škole	50	ZPP	KE
Kontrolné stretnutie posúdenia vývinu	50 (90-120 min)	ZPP	KE
Odborné poradenstvo	30 (45 min)	ZPP	NR
	35 (50 min)	ZPP	KE
	40 (50 min)	SVI	BA
Terapia	25 (45 min)	ZPP	NR
	35 (50 min)	ZPP	KE
	40 (50 min)	SVI	BA
Prednostné vyšetrenie	50	ZPP	NR
Korekcia	20 (30 min)	ZPP	NR
Individuálna psychoterapia	30 (45 min)	ZPP	NR
Skupinová psychoterapia	20 (15 min)	ZPP	NR
Psychodiagnostické posúdenie psychického stavu	60 (120 min)	Klinický psychológ	ZA
Rodinná terapia	35 (45 min)	ZPP	NR
Vstupná logopedická / fyzioterapeutická konzultácia	35	ZPP	KE
Individuálna fyzioterapia	25 (30 min)	ZPP	KE
	40 (50 min)	SVI	BA
Osobná konzultácia v MŠ / ZŠ	50	ZPP	KE
Príspevok na poskytovanie vecných plnení spojených s poskytovaním ambulantnej sociálnej služby	10	SVI	BA

Zdroj: Webové stránky vybraných poskytovateľov

Z uvedenej tabuľky napríklad vyplýva, že terapia (vrátane fyzioterapie) v trvaní 50 minút môže byť aj v týchto nezdravotníckych zariadeniach spoplatnená aj sumou 40 EUR. Pri predpoklade terapie raz za týždeň (čo je podľa zahraničnej literatúry obvyklá frekvencia stretnutí s rodinou po vstupe do služby) by tak mesačné náklady rodiny na túto aktivitu predstavovali 160 EUR. v niektorých ŠCPaP je spoplatnená aj osobná konzultácia situácie dieťaťa v materskej škôlke, t. j. terénna forma poskytnutia služby. Je možné, že uvedený poplatok sa nepožaduje od všetkých klientov ŠCPaP. Napriek tomu však z dostupných informácií MŠVVŠ, ani poskytovateľov nie je zrejmé, akým spôsobom majú rodiny, ktoré to potrebujú, umožnený bezplatný prístup k týmto službám, resp. za akých okolností poskytovateľ môže vyhodnotiť danú službu ako nadštandardnú.

Záver

V predkladanom materiáli sme sa zamerali na prehľad teoretických východísk, platnej legislatívy a dostupných štatistických dát o službách VIRS na Slovensku. Na základe doterajších zistení z 1. etapy výskumného projektu, realizovanej v roku 2023, je už teraz možné skonštatovať niekoľko skutočností:

- Služby VIRS sú primárne určené pre deti s rizikovým vývinom, ktorý môže zahŕňať prítomnosť zdravotného postihnutia, ako aj len potenciál jeho vzniku. Táto skutočnosť má pre aplikačnú prax najmenej dva dôsledky. Jednak v súčasnosti nie je bližšie špecifikované, pri akých odchýlkach vo vývine majú lekári rodiny detí odporúčať do SVI / poradenských zariadení v rezorte školstva, hoci včasná podpora dieťaťa a jeho rodiny je z hľadiska jeho optimálneho vývinu kľúčová. Zároveň pri vyhodnocovaní služieb VIRS nie je postačujúce opierať sa o dáta o deťoch so zdravotným postihnutím, príp. diagnózou, keďže tieto nepokrývajú celú škálu potenciálnych klientov služieb VIRS.
- Aktuálne legislatívne vymedzenie poradenských zariadení v rezorte školstva pre deti v ranom veku a SVI nedáva potenciálnym užívateľom – rodičom detí, jednoznačnú odpoveď, v akých situáciách by mohli kontaktovať ktoré z týchto typov zariadení. V každom z nich môžu byť zastúpené rovnaké profesie (napr. psychológovia, logopédi, špeciálni pedagógovia) a situácia môže byť ešte viac zmätočná, ak ide o jedného poskytovateľa, hoci títo rodiny nepochybne usmerňujú. Istý potenciál v tomto smere má nový dokument *Cesta dieťaťa v ranom veku*, ktorý je však pomerne obsiahly a bez intenzívnej informačnej kampane môže ostať rodičom málo známy.
- Dostupné dáta neumožňujú vyhodnotiť dostupnosť služieb VIRS aj preto, že nesledujú napr. formu (obzvlášť terénnu formu) a frekvenciu kontaktov s rodinou. Pokrývajú najmä počet poskytovateľov, prijímateľov a počet zamestnancov / úväzkov. Počet poskytovateľov, ako aj prijímateľov služieb VIRS v rezortoch školstva a práce pritom medzi rokmi 2015-2022 vzrástol, takže možno predpokladať potrebu zvýšenia personálnych kapacít a finančného zabezpečenia týchto služieb. Na druhej strane je počet detí v špecializovaných pediatrických ambulanciách, ako aj v ČŠPP niekoľkonásobne vyšší v porovnaní s počtom detí v SVI aj s počtom detí so ZP v informačnom systéme MPSVR, takže bez stanovenia ďalších štandardov poskytovania služieb VIRS by sa mohlo zdať, že ich dostupnosť je dobrá, výrazne presahujúca počet detí so ZP.
- Napriek spomenutým limitom dostupných dát sa jedným zo spoločných menovateľov pri poskytovaní služieb VIRS ukazuje personálna poddimenzovanosť, čo vyplýva z viacerých strategických dokumentov. V rezorte zdravotníctva je nedostatok primárnych pediatrov (MZ, 2022) a rezort školstva reagoval aj na nedostatočné personálne kapacity transformáciou systému poradenských zariadení. Prístup k zvyšovaniu dostupnosti služieb VIRS v týchto dvoch rezortoch je rozdielny. Kým ministerstvo zdravotníctva stanovilo verejnú minimálnu sieť všeobecnej ambulantnej starostlivosti a rovnako pripravuje reformu minimálnej siete špecializovanej ambulantnej starostlivosti, rezort školstva sa v procese transformácie poradenských zariadení zameril na identifikáciu a kvantifikáciu jednotlivých odborných činností pri práci s klientom.

- Bude tiež potrebné podrobnejšie prepracovať víziu prepojenosti služieb VIRS a zmapovať preferencie relevantných aktérov a aktuálne možnosti v tejto oblasti. Jednu alternatívu v tomto smere predstavuje napríklad portugalský model lokálnych tímov, pozostávajúcich z odborníkov z rôznych rezortov. Naproti tomu rodiny na Slovensku skôr navštevujú rôznych odborníkov vo všetkých rezortoch, príp. tieto možnosti napr. z dôvodu nedostatku informácií nemusia využívať.

System poradenstva a prevencie navyše od roku 2023 prešiel významnými zmenami, ktoré v tomto materiáli ešte nebolo možné zachytiť.

Na druhej strane je dôležitým momentom ďalšieho rozvoja služieb VIRS jednak nepochybný záväzok všetkých troch dotknutých rezortov v tomto smere, vyjadrený najmä v *Národnej stratégii rozvoja koordinovaných služieb včasnej intervencie a ranej starostlivosti 2022-2030* a zároveň je kľúčovým prvkom ďalšieho rozvoja služieb VIRS aj skúsenosť viacerých odborníkov a ich organizácií, ktoré na Slovensku v tejto oblasti dlhodobo pôsobia.

Na túto 1. etapu výskumného projektu bude nadväzovať realizácia empirického prieskumu medzi rodičmi detí so zdravotným znevýhodnením v ranom veku a poskytovateľmi služieb VIRS, ktorý bude kľúčový pre doplnenie obrazu o hlavných výzvach a možných riešeniach na zvyšovanie dostupnosti a prepájania služieb VIRS v pôsobnosti troch rezortov.

Zoznam zdrojov

Asociácia poskytovateľov a podporovateľov včasnej intervencie. 2018. *Vymedzenie pojmu včasná intervencia*. <https://asociaciavi.sk/wp-content/uploads/2018/10/Vymedzenie-pojmu-VI.pdf>.

Cangár, M., Krupa, S., Matej, V., Tichá, E., Záhorcová, V. 2016. *Včasná intervencia a diagnostika pre osoby so zdravotným postihnutím v Slovenskej republike*. Bratislava: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. https://www.rpsp.eu/wp-content/uploads/2021/04/vcasna_intervencia.pdf.

Coelho, V., Castro, S., Grande, C., Pinto, A. I. (2017): ICF-CY in early childhood intervention. https://www.researchgate.net/publication/319136866_ICF-CY_in_early_childhood_intervention.

Dobrova-Krol, N., Serrano, A., van Loen, N., Espe-Sherwindt, M., Blackburn, C., et al. 2019. *Early Childhood Intervention in Bulgaria, Hungary, Poland, Romania and Slovakia: a situation analysis based on the Developmental Systems Model*. Luxembourg: Eurllyaid. <https://www.eurllyaid.eu/wp-content/uploads/2019/12/2019-12-Agora-project-summary-report-A4-version.pdf>.

EASPD. 2020. *Early Childhood Intervention in Europe: How Can the EU Support Children with Disabilities from the Very First Step?* https://easpd.eu/fileadmin/user_upload/Publications/easpd_2020_es_report.pdf.

Fond prof. K. Matulaya n.f. 2016. *Príručka: Administrácia S-PMV*. https://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/dokumenty/SDTP/standardy/30-6-2021/12/Priloha-1_Prirucka-Administracia-S-PMV_rev_1.pdf.

Fričová, Monika, Vladislav Matej a Erika Tichá. 2018. *Správa o stave včasnej intervencie na Slovensku*. <https://asociaciavi.sk/wp-content/uploads/2018/10/Spr%C3%A1va-o-stave-v%C4%8Dasnej-intervencie-na-Slovensku-2018.pdf>.

Guralnick, Michael J. 2001. „A developmental systems model for early intervention.“ *Infants and Young Children*, 14 (2): 1-18. https://depts.washington.edu/chdd/guralnick/pdfs/dev_sys_model_EI_IYC_10_01.pdf.

Homola, Miroslav. 2023. „Nová minimálna sieť špecializovaných ambulancií mešká. Doplácajú na to najmä pacienti“. *Zdravotnícky denník*: <https://zdravotnickydennik.sk/2023/11/nova-minimalna-siet-specializovanych-ambulancii-meska-doplacaju-na-to-najma-pacienti/>

Karovska Ristovska, A., Filipovska, M., Ajdinski, G., Chichevska-Jovanova, N., Dimitrova-Radojichikj, D., Rashikj-Canevska, O., Stanojkovska-Trajkovska, N., Keskinova, A., Gjeorgjievskaja, S., Dukovska, V., Kostadinovska, E., Kakabadze, N., Diehl, K., Vargas-Barón, E. 2022. *Situation Analysis on Early Childhood Intervention in North Macedonia*.

Matyášová, P., Barlová, J. 2022. *Aktuální situace rané péče v České republice – rok 2022*. https://www.ranapece.cz/?download=%2Fanaliza-RP-2022_final.pdf&nocache.

MPSVR SR, MZ SR. 2021. *Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike: integrovaná sociálno-zdravotná starostlivosť*. <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/strategia-dlhodobej-starostlivosti-sr.html>.

- MPSVR SR. 2021. *Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021 – 2030.* <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/tazke-zdravotne-postihnutie/kontaktne-miesto-prava-osob-so-zdravotnym-postihnutim/dokumenty-3.html>.
- MPSVR SR. 2022. *Národná stratégia rozvoja koordinovaných služieb včasnej intervencie a ranej starostlivosti 2022-2030.* <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/ostatne/narodna-strategia-rozvoja-koordinovanych-sluzieb-vcasnej-intervencie-ranej-starostlivosti.pdf>.
- MPSVR SR. 2023. *Cesta dieťaťa v ranom veku.* Bratislava. <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/vcasna-intervencia-rana-starostlivost/>.
- MŠVVŠ SR, VÚDPaP. 2022. *Príručka pre cirkevných a súkromných zriaďovateľov: Príprava zmien v sieti zariadení poradenstva a prevencie.* <https://www.minedu.sk/data/att/21888.pdf>.
- MŠVVŠ SR. 2021. „Síthová: Urobili sme prvý krok reformy poradenského systému, spúšťame nový evidenčný systém EvuPP.“ *Tlačové správy – ministerstvo.* <https://www.minedu.sk/sithova-urobili-sme-prvy-krok-reformy-poradenskeho-systemu-spustame-novy-evidencny-system-evupp/>.
- MŠVVŠ SR. 2021. *Od kvantity ku kvalite - ako súvisí nahadzovanie dát do EVUPP s novou filozofiou financovania?* <https://www.minedu.sk/data/att/21132.pdf>.
- MŠVVŠ SR. 2021. *Stratégia inkluzívneho prístupu vo výchove a vzdelávaní 2021.* <https://www.minedu.sk/strategia-inkluzivneho-pristupu-vo-vychove-a-vzdelavani/>.
- MŠVVŠ SR. 2023. *Financovanie neštátnych zariadení poradenstva a prevencie od 1.1.2024.* <https://www.minedu.sk/financovanie-nestatnych-zariadeni-poradenstva-a-prevencie-od-112024/>.
- MZ SR. 2022. *Stratégia všeobecnej ambulantnej starostlivosti do roku 2030.* https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/Vseob-amb-starostlivost/MZSR_Strategia_VAS_2030.pdf
- MZ SR. 2023. „Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia.“ *Vestník MZ SR 2023.* https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/vestniky_mz_sr/2023/vestnik-2023-7-11.pdf.
- OSN. 1989. *Dohovor OSN o právach dieťaťa.* <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/narodne-koordinacne-stredisko/dohovor-pravach-dietata.pdf>.
- OSN. 2006. *Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím.* <https://www.mpsvr.sk/files/slovensky/uvod/legislativa/socialna-pomoc-podpora/dohovor-osn-pravach-osob-so-zdravotnym-postihnutim-opcny-protokol-sk-aj.pdf>.
- OSN. 2015. *Agenda 2030 pre udržateľný rozvoj.* <https://www.minzp.sk/agenda-2030/>.
- Platforma rodín. 2021. *Služba včasnej intervencie.* <https://www.platformarodin.sk/narok/sluzba-vcasnej-intervencie/>.
- Rada EÚ. 2010. *Voluntary European Quality Framework for Social Services (Dobrovoľný európsky*

rámec pre kvalitu sociálnych služieb). Brusel: Výbor pre sociálnu ochranu.

<https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST%2016319%202010%20INIT/SK/pdf>.

Salomonsová, Laura. 2022. *Najvyšší čas na včasnú intervenciu.*

https://www.mpsvr.sk/files/slovensky/ministerstvo/analyticke-centrum/analyticke-komentare/komentare_2022/najvyssi-cas-vcasnu-intervenciu.pdf.

Slaná, M., Hromková, M., Molnárová Letovancová, K. 2017. *Včasná intervencia. Vývoj, súčasný stav a teoretické východiská.* Trnava: Trnavská univerzita v Trnave.

https://www.researchgate.net/profile/Michaela-Hromkova/publication/331373953_VCASNA_INTERVENCIA_VYVOJ_SUCASNY_STAV_A_TEORETICKE_VYCHODISKA/links/5c764aeea6fdcc47159e9a94/VCASNA-INTERVENCIA-VYVOJ-SUCASNY-STAV-A-TEORETICKE-VYCHODISKA.pdf.

Slaná, Miriam a Klaudia Schneiderová. 2020. *Situácia v krajinách EÚ ohľadom služby včasnej intervencie.* <https://bit.ly/3mN2LZY>.

Sojková, Z., Wirtz, Z., Petrisková, B., Magál, M. 2021. *Súčasný stav ľudských zdrojov v systéme VPap.* Usmerňovať pre prax. Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie. <https://vudpap.sk/wp-content/uploads/2021/04/Sucasny-stav-ludskych-zdrojov-v-systeme-VPap.pdf>.

Útvar hodnoty za peniaze. 2020. *Revízia výdavkov na skupiny ohrozené chudobou alebo sociálnym vylúčením: záverečná správa.* Útvar hodnoty za peniaze. <https://www.minedu.sk/data/att/15944.pdf>.

Vargas-Barón, E., Diehl, K., Kakabadze, N. 2022. *Methodological Guide: Research for National Situation Analyses on Early Childhood Intervention.* Rise Institute, UNICEF.

<https://www.unicef.org/eca/media/28481/file/Methodological%20guide:%20Research%20for%20national%20situation%20analyses%20on%20early%20childhood%20intervention.pdf>.

Vitor, F., Melo, M., Santos G., Apolónio A., Amaral L.: *National Early Intervention System as a Strategy to Promote Inclusion and Academic Achievement in Portugal*, *Frontiers in Psychology*, Vol. 8/2017.

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.01137>.

VÚDPaP. 2022. *Výkony odborných činností.* <https://vudpap.sk/wp-content/uploads/2023/05/vykony-odbornych-cinnosti.pdf>.

Štatistiky

CVTI SR. 2015, 2019, 2022. *Štatistická ročenka – materské školy: 2015/2016, 2019/2020, 2022/2023.* https://www.cvtisr.sk/cvti-sr-vedecka-kniznica/informacie-o-skolstve/statistiky/statisticka-rocenka-publikacia/statisticka-rocenka-materske-skoly.html?page_id=9602.

MPSVR SR. 2016, 2020, 2023. *Správa o sociálnej situácii obyvateľstva SR za rok 2015, 2019, 2022 (na vyžiadanie).* <https://employment.gov.sk/sk/ministerstvo/vyskum-oblasti-prace-socialnych-veci-institut-socialnej-politiky/spravy-soc-situacii.html>.

MPSVR SR. 2016, 2020, 2023. *Ročný výkaz o vybraných druhoch sociálnych služieb (V(MPSVR SR) 10-01) 2015, 2020, 2023 (na vyžiadanie).* <https://www.employment.gov.sk/sk/ministerstvo/vyskum-oblasti-prace-socialnych-veci-institut-socialnej-politiky/v10/>.

NCZI. 2022. "Činnosť všeobecných ambulancií pre deti a dorast v SR 2022." *Všeobecná starostlivosť o deti a dorast.* https://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy/Tematicke_statisticke_vystupy/Vseobecna_starostlivost_deti_dorast/Pages/default.aspx.

MŠVVŠ. 2015. „Škol (MŠVVŠ SR) 5-01 Výkaz o školských zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie.“ *Zoznam výkazov – zber štatistických zisťovaní pre rok 2015.* <https://www.minedu.sk/zoznam-vykazov-zber-statistickych-udajov-pre-rok-2015/>.

MŠVVŠ. 2019. „Škol (MŠVVŠ SR) 5-01 Výkaz o školských zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie – ČŠPP (spolu: štátne, súkromné a cirkevné).“ *Zoznam výkazov – zber štatistických zisťovaní pre rok 2019.* <https://www.minedu.sk/zoznam-vykazov-zber-statistickych-udajov-pre-rok-2019/>.

MŠVVŠ. 2022. „Škol (MŠVVŠ SR) 5-01 Výkaz o školských zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie – ČŠPP (spolu: štátne, súkromné a cirkevné).“ *Zoznam výkazov – zber štatistických zisťovaní pre rok 2022.* <https://www.minedu.sk/zoznam-vykazov-zber-statistickych-udajov-pre-rok-2022/>.

Zákony

Nariadenie vlády SR č. 640 zo 17.12.2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Osobitná časť dôvodovej správy k novele zákona o inšpekcii v sociálnych veciach. <https://www.nrsr.sk/web/Dynamic/DocumentPreview.aspx?DocID=511665>.

Príloha č. 2 k zákonu č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách. <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2008/448/20230101.html#prilohy>.

Vyhláška č. 24/2022 Z. z. MŠVVŠ SR o zariadeniach poradenstva a prevencie.

Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon).

Zákon č. 345/2022 Z. z. o inšpekcii v sociálnych veciach a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách.

Zákon č. 415/2021 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 245/2008 Z. z.