

**SJAJ – UDRUGA ZA DRUŠTVENU AFIRMACIJU OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA
MEDULIĆEVA 13, 10 000 ZAGREB**

www.sjaj.hr

MINISTARSTVO SOCIJALNE POLITIKE I MLADIH
Radna skupina za izradu Zakona o socijalnoj skrbi

PREDMET: Preporuke radnoj skupini za izradu Zakona o socijalnoj skrbi

Zagreb, 16. siječnja 2012.

Poštovani,

kao udruga koja se dugi niz godina bavi pravima osoba s duševnim smetnjama te koja pruža pomoć korisnicima u ostvarivanju prava iz sustava socijalne skrbi imamo veliko iskustvo vezano uz socijalnu problematiku ove kategorije osoba s invaliditetom.

S obzirom da smo i proteklih godina kroz različite inicijative upozoravali na potrebu korjenitih reformi, među ostalime i u sustavu socijalne skrbi, smatramo vrijednim i u kontekstu izrade novog Zakona o socijalnoj skrbi istaknuti nekoliko preporuka za uspostavu odgovarajuće socijalne politike u zaštiti osoba s duševnim smetnjama koje ovise o sustavu socijalnih naknada i usluga. Uz sažetak svojih preporuka navodimo i detaljizirana objašnjenja.

Također, preporučamo Radnoj skupini da u svojem radu razmotri sugestije i prijedloge širokog spektra socijalnih partnera kao i organizacija civilnog društva, a posebice konkretno sugeriramo da se zatraži i mišljenje Koalicije za život u zajednici koja zagovara punu primjenu čl. 19. Konvencije o pravima osoba s invaliditetom kroz razvoj usluga u zajednici kako bi se spriječila institucionalizacija tih osoba.

Nadalje, za sva potrebna pojašnjenja, daljnje sugestije ili pomoć udruga Sjaj stavlja se radnoj skupini na raspolaganje.

Srdačan pozdrav,

Kristijan Grđan, v.r.
koordinator Sjaja

PREPORUKE RADNOJ SKUPINI ZA IZRADU ZAKONA O SOCIJALNOJ SKRBI

1. SAŽETAK PREPORUKA

A) uskladiti iznos socijalnih naknada sa relativnom linijom siromaštva u Republici Hrvatskoj (u ovom trenutku, takva pomoć bi pojedinačno ili kumulativno trebala iznositi 2.225,25 kn na mjesečnoj osnovi)

- spriječavanje i eliminacija preklapanja i multipliciranja prava kod korisnika u sustavu socijalne skrbi sa državne ili lokalne razine treba biti moguće samo ukoliko korisnik kumulativno ostvaruje novčanu naknadu koja je veća od relativne linije siromaštva u Hrvatskoj; korisnici bi trebali zadržati postojeća prava koja pojedinačno ili kumulativno čine jednak ili manji iznos od relativne linije siromaštva
- eliminacija pojedinih prava iz sustava socijalne skrbi na novčane naknade i uvođenje jednog oblika pomoći prihvatljivo je samo ako se iznos takve pomoći korisnicima poveća do dostizanja relativne linije siromaštva

B) ukinuti mogućnost ostvarivanja doplatka za pomoć i njegu neovisno o imovinskom i prihodovnom cenzusu za osobe potpuno lišene poslovne sposobnosti te sredstva pretočiti u naknadu ili više naknada koje se mogu kumulativno ostvarivati radi dostizanja iznosa relativne linije siromaštva;

C) u postupcima za ostvarivanje prava iz sustava socijalne skrbi za osobe s invaliditetom socijalnom modelu dati prednost pred medicinskim modelom;

D) osobama s duševnim smetnjama pružati jednake mogućnosti u korištenju socijalnih naknada i usluga u odnosu na druge kategorije osoba s invaliditetom, posebice uz ostvarivanje prava na osposobljavanje za samostalan život i rad te prava na organizirano stanovanje;

E) izbjeći multiplikaciju zdravstvenih i socijalnih usluga;

2. OBRAZLOŽENJE

A) USKLAĐIVANJE SOCIJALNIH NAKNADA SA RELATIVNOM LINIJOM SIROMAŠTVA

Prema čl. 12. st. 2. Europske socijalne povelje država je dužna osigurati novčane pomoći osobama s invaliditetom ukoliko one nemaju vlastitih odgovarajućih prihoda. Europski odbor za socijalna prava, koji je nadležan i za tumačenje Europske socijalne povelje, smatra da u skladu sa čl. 12. st. 1. te Povelje novčane pomoći moraju biti adekvatne što znači da onda kada postoje naknade koje zamijenjuju prihode one moraju biti takve da su razumno proporcionalne dohotku i da nikada ne smiju biti niže od relativne linije siromaštva. Za članice Europske unije, relativna linija siromaštva izračunava se kao 50% prosječnog dohotka prema Eurostatu. U Republici Hrvatskoj, prema čl. 40. st. 2. Zakona o socijalnoj skrbi (NN, br. 57/11), relativnu liniju siromaštva izračunava i objavljuje Državni zavod za statistiku. **U Republici Hrvatskoj, relativna linija siromaštva na mjesečnoj osnovi iznosi 2.225,25 kn.** Citiranim odredbom iz čl. 40. st. 2. Zakona o socijalnoj skrbi propisano je da je osnovica za socijalna davanja 22,5% od relativne linije siromaštva, dakle zakonodavac je već

izrijekom naveo da je ta osnovica zapravo tek 1/3 od iznosa relativne linije siromaštva koja je aktualna.

Niti jedna socijalna naknada iz Zakona o socijalnoj skrbi pojedinačno nije u skladu s relativnom linijom siromaštva. Raspon pomoći za uzdržavanje, prema ekvivalentnoj ljestvici, iznosi kako je navedeno u priloženoj tablici.

Pomoć za uzdržavanje

Korisnik	% Osnovice	Mjesečni iznos
Samac	120	600 kn
Odrasli član obitelji	80	400 kn
Dijete do navršene 7. godine	80	400 kn
Dijete od navršene 7. do navršene 15. godine	90	450 kn
Dijete starije od 15. godina do završetka školovanja, a najdulje do 26. godine	100	500 kn

Ti iznosi mogu biti povećani ako se radi o osobi koja:

- je odrasla, živi sama i opće je nesposobna za rad za 50% od osnovice = **750,00 kn mjesečno**
- je odrasla, živi u obitelji i opće je nesposobna za rad za 30% od osnovice = **650,00 kn mjesečno**
- trudnica nakon 12 tjedana trudnoće i roditelja do 2 mjeseca nakon poroda za 50% osnovice = **750,00 kn mjesečno**
- dijete u jednoroditeljskoj obitelji za 25% osnovice = **625,00 kn mjesečno**

Mjesečni iznos osobne invalidnine jest 250% od osnovice, dakle **1.250,00 kn** ako se priznaje u punom iznosu, dok u smanjenom iznosu od 125% od osnovice mjesečna naknada jest **625,00 kn**.

Mjesečni iznos doplatka za pomoć i njegu jest 100% od osnovice, dakle **500,00 kn** ako se priznaje u punom iznosu, dok u smanjenom iznosu od 70% od osnovice mjesečna naknada jest **350,00 kn**.

Prema čl. 84. st. 1. Zakona o socijalnoj skrbi, ne može se ostvarivati istovremeno pravo na doplatku za pomoć i njegu i pravo na osobnu invalidninu. Međutim, kako se pomoć za uzdržavanje po čl. 78. st. 3. istog Zakona ne uračunava u prihode, to osoba s invaliditetom može ostvariti oba prava i kumulativno dobiti državnu pomoć u **iznosu od 2.000,00 kn** mjesečno što je najbliže pragu relativne linije siromaštva, ali i dalje je to 10% niže od aktualnog praga i odnosi se samo na osobe sa teškim invaliditetom, koje u postupku medicinskog vještačenja moraju demonstrirati da su opće nesposobne za rad i da imaju poteškoća za uključivanje u život zajednice.

U svojem Programu za mandat 2011. do 2015. Vlada Republike Hrvatske (str. 57) navodi da će reformu sustava socijalne pomoći i naknada provoditi uz eliminaciju mogućih preklapanja i multipliciranja socijalnih programa i transfera na različitim razinama, od lokalne do državne. U kontekstu potrebe za usklađivanjem socijalnih naknada sa relativnom linijom siromaštva, **smatramo da bi Vlada Republike Hrvatske trebala spriječiti i eliminirati samo ona**

preklapanja i multipliciranja koja korisnika dovode u položaj da ostvaruje veća prava od onih koja su zadana iznosom relativne linije siromaštva, ali da bi se trebala zadržati postojeća prava koja kumulativno čine jednak ili manji iznos od te linije. To praktično znači da ne treba eliminirati mogućnost ostvarivanja dva ili više vrsta prava iz sustava socijalne skrbi dok god korisnik tim pravima ostvaruje iznos koji je jednak ili je manji od relativne linije siromaštva (kao npr. kroz korištenje pomoći za uzdržavanje uz osobnu invalidninu na temelju postojeće osnovice za socijalna davanja).

Nadalje, eliminacija pojedinih prava iz sustava socijalne skrbi **dolazi u obzir samo ukoliko se iznos pomoći korisnicima poveća tako da je usklađen sa relativnom linijom siromaštva koja je aktualna.**

B) UKIDANJE DOPLATKA ZA POMOĆ I NJEGU OSOBAMA POTPUNO LIŠENIM POSLOVNE SPOSOBNOSTI

U kontekstu reforme socijalnih naknada skrećemo pozornost na činjenicu da je broj korisnika prava na doplatka za pomoć i njegu u smanjenom iznosu znatno povećan brojem osoba koje su u potpunosti lišene poslovne sposobnosti (čl. 82. st. 2. al. 2. Zakona o socijalnoj skrbi). Prema statističkim podacima Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi za 2010. godinu ukupno je 25.844 korisnika primilo doplatka za pomoć i njegu u smanjenom iznosu, dok je na dan 31.12.2010. godine 15.761 osoba bila potpuno lišena poslovne sposobnosti. To znači da je ovo pravo, neovisno o imovinskom ili prihodovnom cenzusu, ostvarilo 61% korisnika isključivo zato što su bili u potpunosti lišeni poslovne sposobnosti.

Korisnici koji primjerice, ostvaruju pravo na osobnu invalidninu, to pravo mogu ostvariti ukoliko njihov status odgovara propisanom prihodovnom i imovinskom cenzusu, iako propisana svrha tog prava nije podmirivanje osnovnih životnih potreba, nego pokrivanje troškova koji su vezani uz potrebu osobe s invaliditetom za uključivanje u život zajednice. Na dan 31.12.2010. godine u Republici Hrvatskoj je bilo ukupno 16.780 korisnika koji su ostvarivali pravo na osobnu invalidninu za što je iz državnog proračuna izdvojeno 247.763.278,00 kn. U usporedbi s time, za 15.761 korisnika (potpuno lišenih poslovne sposobnosti) doplatka za pomoć i njegu u smanjenom iznosu, iz državnog proračuna je u 2010. godini izdvojeno 66.196.200,00 kn. To je 26,72% troška iz državnog proračuna dovedenih usporedbu sa troškovima za osobnu invalidninu namijenjeno isključivo osobama koje su sudskom odlukom u potpunosti lišene poslovne sposobnosti bez bilo kakve diferencijacije u odnosu na imovinski ili prihodovni cenzus tih osoba.

Bilo kakva zakonodavna politika koja naglašava poslovnu nesposobnost građana, bez obzira da li se radilo o ograničenju prava ili o davanju povlastica (o čemu se radi u ovom slučaju) protivna je i čl. 12. st. 1. Konvencije o pravima osoba s invaliditetom koja navodi da države koje su ratificirale tu Konvenciju moraju priznati poslovnu sposobnost svim osobama s invaliditetom na jednakoj osnovi s drugima.

Udruga Sjaj upozoravala je na ove okolnosti Vladu Republike Hrvatske u prethodnom mandatu kada se izrađivao novi Zakon o socijalnoj skrbi koji je na snazi u ovom trenutku, međutim naše sugestije nisu uvažene. **Sugeriramo da se sredstva za ostvarivanje ovakvog oblika prava pretoče u naknadu ili više naknada koje se mogu kumulativno ostvarivati radi dostizanja iznosa relativne linije siromaštva.**

C) U POSTUPCIMA ZA OSTVARIVANJE PRAVA IZ SUSTAVA SOCIJALNE SKRBI ZA OSOBE S INVALIDITETOM SOCIJALNOM MODELU DATI PREDNOST PRED MEDICINSKIM MODELOM

Postojeći sustav socijalne skrbi za osobe s invaliditetom, pa tako i za osobe s duševnim smetnjama, utemeljen je na medicinskom modelu koji se fokusira na sam invaliditet i težinu oštećenja zdravlja kao okosnicu za utvrđivanje opsega prava, ekvivalentne ljestvice za ostvarivanje prava i imovinskog te prihodovnog cenzusa ovisno o pojedinim kategorijama osoba s invaliditetom. Medicinski model zahtjeva od osoba s invaliditetom da se prilagode oštećenju zdravlja, a u kontekstu ostvarivanja prava iz sustava socijalne skrbi da demonstriraju težinu invaliditeta ili oštećenja zdravlja u medicinskom smislu kao pretpostavku za ostvarivanje pojedinih socijalnih prava. Po medicinskom modelu priznavanja prava iz sustava socijalne skrbi nije dovoljno, dakle, da se dokaže da je određeno oštećenje zdravlja ili invaliditet u interakciji sa društvenim preprekama izložilo osobu s invaliditetom siromaštvu tako da joj je potrebna socijalna pomoć, već se mora dokazati da se radilo o takvoj težini invaliditeta koja bi opravdala priznavanje određene vrste prava. Za osobe s duševnim smetnjama, kako je pokazala i dosadašnja praksa udruge Sjaj, kod ostvarivanja prava na doplatu za pomoć i njegu ili ostvarivanja prava na osobnu invalidninu, nalaz i mišljenje liječnika vještaka obično sadrži referencu iz čl. 36. st. 2. toč. 4. Pravilnika o sastavu i načinu rada tijela vještačenja u postupku ostvarivanja prava iz socijalne skrbi i drugih prava po posebnim propisima (NN, 64/02) – **postojanje psihoze i oštećenja osobnosti s „dugotrajnim progresivnim tijekom uz izraženu dezorganizaciju osobnosti.“ Uz to, mora se utvrditi da pregledana osoba nije uopće sposobna za bilo kakav rad i da ju nije moguće osposobiti za rad i samostalan život.** S obzirom na takav model nije niti iznenađujuće da do sada Republika Hrvatska uopće nije ulagala značajnija sredstva u osposobljavanje osoba s invaliditetom (osoba s duševnim smetnjama) za samostalan život i rad (v. sekciju pod toč. D).

Naglašavamo da je zakonodavac kroz donošenje Zakona o socijalnoj skrbi (NN, 57/11) značajno izmijenio odredbe vezane uz ostvarivanje prava na osobnu invalidninu čime je uvažio prethodnu odluku Ustavnog suda u vezi dobnih ograničenja te istovremeno poboljšao zakonski tekst na način da je ciljem osobne invalidnine postavio potrebu uključivanja korisnika u život zajednice. Međutim, uz ostavljanje medicinskog modela kakav je utvrđen podzakonskim aktom iz 2002. godine, zakonodavac je učinio nemogućim ostvarivanje inkluzivne svrhe prava na osobnu invalidninu jer **uključivanje korisnika u život zajednice znači i pružanje ostalih prava i usluga koje su vezane uz njegovo osposobljavanje za samostalan život i eventualno rad u opsegu njegovih sposobnosti, što je nemoguće provesti uz pretpostavku da je medicinska struka takve korisnike označila kao apsolutno nesposobne sa izrazito negativnom zdravstvenom prognozom.**

Niti jedno pravo iz sustava socijalne skrbi namijenjeno osobama s invaliditetom neće imati inkluzivni učinak, pa tako niti planirani. „inkluzivni dodatak“ ukoliko medicinski model bude dominirao postupcima za ostvarivanje prava i ukoliko isključivost tog modela bude dovodila osobe s invaliditetom u nužnost da se **kategoriziraju kao osobe koje apsolutno nisu sposobne za samostalan život i rad i prognoza čijeg zdravstvenog stanja je takva da se ono nikada neće poboljšati**, zbog bojazni da neće ostvariti ili da će izgubiti socijalna prava koja su im prijeko potrebna za podmirivanje osnovnih životnih potreba. Upravo je takva medicinska kategorizacija sa doslovnim prepisivanjem sadržaja čl. 39. citiranog Pravilnika unesena u čl. 92. st. 3. toč. 10. Zakona o socijalnoj skrbi prema kojoj bi osobi s duševnim

smetnjama koja ima najteži oblik duševne bolesti i bez očekivanja oporavka pripao iznos inkluzivnog dodatka 4. kategorije. Osim toga, ako je stanje neke osobe toliko teško da ima takva „oštećenja u intelektualnom, emocionalnom i socijalnom funkcioniranju ili s psihozom s dugotrajnim progresivnim tijekom uz izraženu dezorganizaciju osobnosti“ potpuno je nejasno kako je zakonodavac zaključio da je takvoj osobi potrebno dati jednaku kategoriju pomoći kao i slijepoj osobi koja istovremeno može biti potpuno intelektualno, emocionalno i socijalno funkcionalna (kategorija 4). Ovakav primjer ukazuje na očite nedostatke medicinskog modela u određivanju sustava podrške osobama s invaliditetom s obzirom da niti zakonodavcu, a niti samoj medicinskoj struci zapravo nisu u potpunosti jasne diferencijacije težine invaliditeta i oštećenja zdravlja i njihovo značenje u interakciji sa realnim životnim okolnostima svakog pojedinca u kontekstu potrebe za socijalnom podrškom.

U razmatranju ove tematike skrećemo pozornost da se prihvatljiviji medicinski model može naći u potpunoj primjeni Međunarodne klasifikacije funkcionalnosti osposobljenosti i zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije koja se trenutno po odluci Vlade iz prethodnog mandata eksperimentalno provodi među tijelima vještačenja za ostvarivanje prava iz različitih sustava.¹ Međutim, ta je Jedinствена lista procjene razine potpora za osobe s invaliditetom značajno reducirala kriterije procjene stanja osoba s invaliditetom s obzirom da je **bitan dio Međunarodne klasifikacije izostavljen i to Poglavlje 1 sekcije B – Mentalne funkcije**, koje detaljno opisuju funkcije koje mogu biti ograničene duševnim bolestima, što bi ostvarivanje prava iz socijalne skrbi i drugih resora osobama s duševnim smetnjama značajno ograničilo i tu bi se opet radilo o metodologiji povezanoj sa radnom sposobnošću, a ne sa socijalnim uvjetima.²

Za razliku od medicinskog modela, socijalni model fokusiran je na društvene nedostatke zbog kojih u socijalnom i fizičkom okruženju osobe s invaliditetom nisu prisutne. Socijalni model pristupu osobama s invaliditetom afirmiran je Konvencijom o pravima osoba s invaliditetom koju je Republika Hrvatska ratificirala 2008. godine. Takav model omogućio bi osobama s invaliditetom ostvarivanje prava iz sustava socijalne skrbi i onda kada do poteškoće zbog kojih su izložene siromaštvu nisu isključivo vezane uz postojanje oštećenja njihovog zdravlja, težinu tog oštećenja, procjenu njihove radne sposobnosti ili očekivanu prognozu, već uz društvene okolnosti koje su povećale osjetljivost tih osoba prema siromaštvu – npr. osoba s duševnim smetnjama koja se ne može zaposliti na otvorenom tržištu rada zbog visoko-prevalentne diskriminacije ili nedostatka podrške ne bi morala dokazivati da je apsolutno nesposobna za rad da bi ostvarila socijalna prava koja će joj nadomjestiti izostanak odgovarajućih prihoda. **Stoga sugeriramo Ministarstvu socijalne politike i mladih da posebnu pažnju posveti socijalnom modeliranju sustava skrbi za osobe s invaliditetom kako bi se razvile mjere podrške koje uvažavaju društvene prepreke kao razloge zbog kojih bi osobe s invaliditetom mogle ostvariti prava iz sustava socijalne skrbi.**

D) OSOBAMA S DUŠEVNIM SMETNJAMA PRUŽATI JEDNAKE MOGUĆNOSTI U KORIŠTENJU SOCIJALNIH NAKNADA I USLUGA U ODNOSU NA DRUGE KATEGORIJE

¹ Zaključak o prihvaćanju probne primjene prijedloga jedinstvene liste funkcionalnih sposobnosti, kao preduvjeta za donošenje propisa o jedinstvenom tijelu vještačenja i načinu utvrđivanja invaliditeta, 80. sjednica Vlade Republike Hrvatske, 23. rujna 2010.

² U fusnoti Jedinствene liste funkcionalnih sposobnosti navedeno je da će se kognitivne sposobnosti, percepcija, pažnja, crte ličnosti, socijalna inteligencija, profesionalni interesi i radne vrijednosti ocjenjivati testovima Hrvatskog zavoda za zapošljavanje.

OSOBA S INVALIDITETOM, POSEBICE UZ OSTVARIVANJE PRAVA NA OSPOSOBLJAVANJE ZA SAMOSTALAN ŽIVOT I RAD TE PRAVA NA ORGANIZIRANO STANOVANJE

Podaci Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo za 2010. godinu pokazuju da osobe s duševnim smetnjama čine 23,2% od sveukupne registrirane populacije osoba s invaliditetom u Hrvatskoj.³

Statistički podaci Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi za 2010. godinu⁴ diferenciraju osobe s duševnim smetnjama kao one koje imaju poremećaje osobnosti, organski uvjetovane duševne poremećaje i psihoze. Iskazani broj tih osoba možda je i veći s obzirom na kategoriju više vrsta poremećaja, ali taj podatak ne možemo egzaktno analizirati zbog nedostatka diferencijacije. Radi se samo o broju primijenjenih prava tijekom 2010. godine.

Tri najčešće primijenjena novčana prava za osobe s duševnim smetnjama bila su doplatak za pomoć i njegu u punom iznosu (4.102 korisnika), jednokratna pomoć (1.375 korisnika) i stalna pomoć (1.134 korisnika). Pravo na osobnu invalidninu primijenjeno je tek za 770 korisnika u 2010. godini, što može biti plativo i činjenici da je to pravo bilo ograničavajuće po osnovi dobi (mogli su ga ostvariti samo oni korisnici koji su oboljeli prije 18. godine života), sve dok Ustavni sud Republike Hrvatske nije potkraj 2010. godine ukinuo tu razliku među korisnicima.⁵ Od drugih vrsta pomoći najčešće su savjetovanje i prevladavanje posebnih teškoća (4.704 korisnika), stalni smještaj u dom socijalne skrbi (1.286 korisnika) i stalni smještaj u udomiteljsku obitelj (342 korisnika).

Nematerijalna pomoć koja se u praksi pokazuje od ključne važnosti za pomoć u osobama s duševnim smetnjama za život u zajednici koristi se jako rijetko. Tako je pomoć i njega u kući bila primijenjena samo za 160 korisnika, dok je primjerice poticanje zapošljavanja osoba s duševnim smetnjama krajnje marginalna tema u sustavu socijalne skrbi, jer su svega 32 osobe dobile naknadu do zaposlenja. Organizirano stanovanje, kao oblik socijalne intervencije koji pomaže osigurati život u zajednici te sprječava njihovu institucionalniju najmarginalnije je kada se radi o osobama s duševnim smetnjama i za njih svega 3 je takva mogućnost priznata tijekom 2010. godine.

Pored pružanja socijalnih naknada kojima se ne mogu pokriti niti osnovni životni troškovi jer su mjesečni iznosi daleko ispod relativne linije siromaštva⁶, jedine alternative socijalne skrbi za osobe s duševnim smetnjama su institucionalizacija ili smještaj u udomiteljske obitelji.

U sustavu socijalne skrbi, osobe s duševnim smetnjama dovedene su u neravnopravan položaj pred ostalim kategorijama osoba s invaliditetom. U privatnim ili državnim domovima socijalne skrbi za odrasle psihički bolesne osobe na stalnom je smještaju 4.264 osobe u odnosu na 2.454 osobe s drugim oblicima invaliditeta.⁷ Iako domovi socijalne skrbi za ostale kategorije osoba s invaliditetom pružaju usluge drugačijih oblika smještaja, pa je tako na dnevnom boravku bilo 1.294 osoba, **niti jedna alternativa stalnom smještaju nije pružena**

³ Benjak T. i sur., 2011. „Izvešće o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj“, str. 7.

⁴ Godišnje statističko izvješće o primjenjenim pravima u sustavu socijalne skrbi u 2010. godini, sekcija 4.3.

⁵ V. odluku Ustavnog suda Republike Hrvatske br. U-I / 4170 / 2004 od 29. rujna 2010.

⁶ V. sekciju A) preporuka.

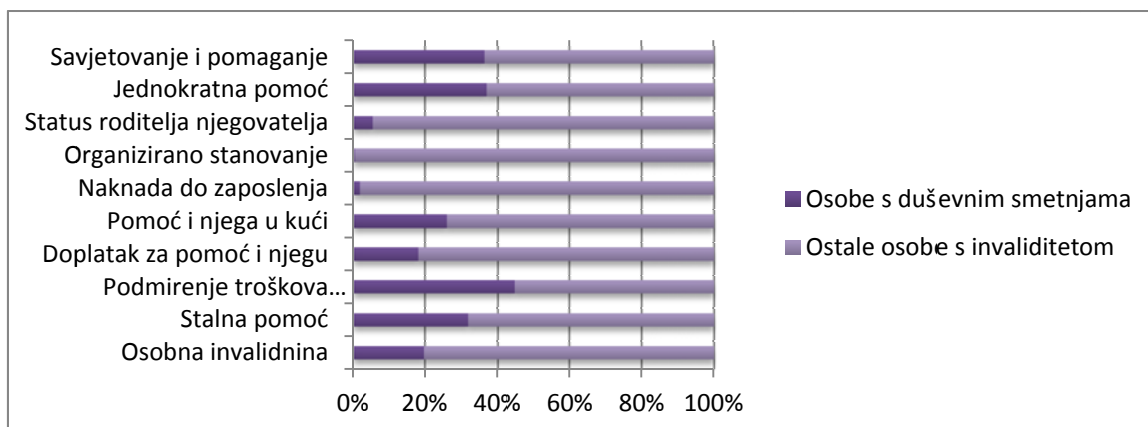
⁷ V. Godišnje statističko izvješće o domovima i korisnicima socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj u 2010. godini, sekcije 1.3, 1.5, 2.2. i 2.5.

osobama s duševnim smetnjama u domovima socijalne skrbi za odrasle psihički bolesne osobe.

Kada se podaci kumuliraju, pred ostalim kategorijama osoba s invaliditetom osoba s duševnim smetnjama ostvarile su socijalna prava u slijedećim postocima (ne računajući smještaj izvan vlastite obitelji koji je prethodno opisan):

- 19,68% pravo na osobnu invalidninu;
- 31,82% pravo na stalnu pomoć/pomoć za uzdržavanje;
- 44,91% pravo na pomoć za podmirenje troškova stanovanja
- 18,16% pravo na doplatu za pomoć i njegu
- 25,97% pravo na pomoć i njegu u kući
- **1,67% pravo na naknadu do zaposlenja**
- **0,29% pravo na organizirano stanovanje**
- 5,62% pravo na status roditelja njegovatelja
- 36,90% jednokratnu pomoć
- 36,33% pravo na savjetovanje i pomaganje u prevladavanju posebnih teškoća

Zastupljenost osoba s duševnim smetnjama u odnosu na druge kategorije osoba s invaliditetom može se i grafički usporediti.



Osobe s duševnim smetnjama dovedene su pred ostalim kategorijama osoba s invaliditetom u nejednak položaj i u politikama koje se tiču socijalnog planiranja. Planom deinstitucionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi za 2011. do 2016. (2018). godinu (NN, br. 36/11) **predviđena je odgoda deinstitucionalizacije osoba s duševnim smetnjama za 2 godine i manji postotak onih koje se planira deinstitucionalizirati (20%)** u odnosu na (30%) ostalih osoba s invaliditetom. Kao razlog za takav pristup navodi se nedostatak kapaciteta za skrb o psihički bolesnim odraslim osobama za što treba pričekati deinstitucionalizaciju djece i drugih osoba s invaliditetom kako bi se onda kapaciteti iz tih sektora pretočili u deinstitucionalizaciju osoba s duševnim smetnjama. Usporedna analiza troškova Državnog proračuna od 2003. do 2009. godine koju je udruga Sjaj napravila za vlastite potrebe pokazala je da je Republika Hrvatska u brigu o psihički bolesnim odraslim osobama kroz institucionalni smještaj uložila više od 1,1 milijardu kuna, i to pretežito za održavanje organizacijskih kapaciteta. Prema Planu deinstitucionalizacije i transformacije proizlazi, dakle, da bi Reublika Hrvatska morala dodatno ulagati u institucije za psihički bolesne odrasle osobe da bi omogućila njihovu deinstitucionalizaciju!

Navedeni program niti ne predviđa, što se tiče svih kategorija osoba s invaliditetom, razvoj socijalnih usluga u zajednici kao model prevencije daljnje institucionalizacije. Razvoj organiziranog stanovanja i dalje je marginalan, a posvećuje se pozornost smještaju u udomiteljske obitelji radije nego pružanju podrške za samostalan život osobama s invaliditetom. **Osposobljavanje za samostalan život i rad svih osoba s invaliditetom, uostalom, vidljivo je iz financiranja socijalnih prava u 2010. godini nije nikada niti bilo prioritet, pa se za tu namjenu utrošilo svega 91.806,00 kn.**

Svjetska zdravstvena organizacija upozorava da su osobe s duševnim smetnjama najmarginaliziranija društvena skupina u zemljama u razvoju.⁸ Ova međunarodna organizacija naglašava da su neriješena stambena pitanja i nedostatak drugih socijalnih usluga također ozbiljan problem te da brojne studije pokazuju visoku prevalenciju duševnih bolesti među beskućnicima. Stigma i diskriminacija, nasilje i zlostavljanje, ograničenje civilnih i političkih prava (kao kroz institut lišenja poslovne sposobnosti), isključenje od pune participacije u društvu, reduciran pristup socijalnim i zdravstvenim uslugama, nedostatak mogućnosti za obrazovanje, isključenje sa tržišta rada faktori su koji u zajedničkoj interakciji izlažu osobe s duševnim smetnjama siromaštvu. **Funkcija sustava socijalne skrbi, pored pružanja podrške za pokrivanje osnovnih životnih potreba, jest i raditi i na izjednačavanju mogućnosti za osobe s duševnim smetnjama u svim područjima života i pružati im socijalne usluge i pomoći na jednakj osnovi kao i ostalim osobama s invaliditetom koje su korisnici sustava socijalne skrbi.**

E) IZBJEĆI MULTIPLIKACIJU ZDRAVSTVENIH I SOCIJALNIH USLUGA;

Usluge koje se tiču cjelokupnog liječenja kroničnih psihijatrijskih bolesnika pokrivene su sredstvima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO-a). Također, iz tih sredstava pokrivaju se kućne posjete i kućno liječenje te patronažna zdravstvena skrb, međutim ti modeli pomoći nisu zaživjeli te se osobama s duševnim smetnjama najčešće pomoć pruža u psihijatrijskim ustanovama. S obzirom na taj problem, dio psihijatrijske struke smatra kako je **potrebno razviti model „psihijatrije u zajednici“** kako bi se smanjila duljina boravka pacijenata u bolnici, povećala mogućnost njihovog oporavka i spriječilo njihovo izdvajanje iz života u zajednici. Takvim pristupom nastoji se transferirati dio bolničkih zdravstvenih usluga u organizacijske oblike u društvenoj zajednici, za što je do danas ponajviše zaživio model tzv. „radno-okupacione“ terapije kroz radionice koje provode radni terapeuti, **dok se u praksi uopće ne primjenjuju kućne intervencije kada je riječ o osobama s duševnim smetnjama koje imaju potrebe za ne-institucionalnim oblicima psihijatrijske pomoći.**

Skrećemo pozornost kako je cjelokupan koncept „psihijatrije u zajednici“ nužno riješiti u prvom redu **nacionalnim planom zdravstvene zaštite** što je u resoru Ministarstva zdravlja. Koncept psihijatrije u zajednici koji sačinjava skup zdravstvenih usluga koje bi liječnici psihijatri i drugo zdravstveno osoblje trebali pružati u zajednicama u kojima osobe s duševnim smetnjama žive treba se pokrivati iz sredstava HZZO-a kao redovna zdravstvena usluga, dok se sustav socijalne skrbi treba baviti onim vrstama pomoći koje nisu isključivo zdravstvene prirode. Programi psihosocijalnih metoda rehabilitacije osoba s duševnim smetnjama koji su usmjereni poboljšanju socijalnog funkcioniranja trebaju se provoditi u suradnji sa sustavom socijalne skrbi, čime oni imaju dodatnu vrijednost, ali nužno trebaju biti

⁸ Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as Vulnerable Group, Svjetska zdravstvena organizacija, 2010. ISBN: 978 92 4 156394 9

univerzalno dostupni kao zdravstvena usluga čiji se troškovi mogu pokrivati na teret sredstava HZZO-a. Univerzalna dostupnost takvih usluga nužna je zato što nisu sve osobe s duševnim smetnjama u jednakoj mjeri izložene siromaštvu i potrebi za uslugama iz sustava socijalne skrbi, **ali imaju pravo na jednak zdravstveni standard kao i ostali građani, dakle pravo na takav opseg zdravstvene zaštite da im je omogućena i rehabilitacija u sklopu psihijatrijskog tretmana.**

Stoga smatramo da sustav socijalne skrbi ne bi trebao posebno razvijati usluge koje potpadaju u resor zdravstvenog sustava, već bi pozornost trebalo posvetiti prema razvoju onih usluga koje će pružiti osobama s duševnim smetnjama (kao i ostalim kategorijama osoba s invaliditetom) **podršku za samostalan život te ravnopravno sudjelovanje u životu zajednice na jednakj osnovi s drugima.** To je konkretno riječ o mjerama koje se tiču održivog stanovanja, osiguranju izvora primanja za život u skladu sa relativnom linijom siromaštva, pružanju pomoći i njege u kući (s isključenjem novčane supstitucije!), ranim socijalnim intervencijama te patronaži.