




inštitút finančnej politiky

Ministerstvo financií SR / www.finance.gov.sk/ifp



Projekcia verejných výdavkov na dlhodobú starostlivosť



Máj 2021



Manuál

Zhrnutie

Slovensko bude do roku 2070 jednou z najrýchlejšie starnúcich krajín EÚ. Jedným z dôsledkom starnutia populácie bude aj nárast počtu osôb vo vysokom veku, ktorí sú odkázaní na dlhodobú starostlivosť. Zároveň bude klesať podiel ľudí v aktívnom veku, ktorí sa budú môcť o odkázaných starať. Cieľom dokumentu je poskytnúť ucelený pohľad na oblasť dlhodobej starostlivosti a vytvoriť projekcie nárastu verejných výdavkov na dlhodobú starostlivosť spojeného so starnutím populácie. Manuál môže byť podkladom pre širšiu odbornú verejnosť z hľadiska vymedzenia hraníc dlhodobej starostlivosti. Manuál zároveň vytvára nástroj na vyhodnocovanie dopadov politik a prezentuje ich tvorcom pohľad na budúce verejné výdavky na dlhodobú starostlivosť, ktoré zaťažia rozpočet kvôli starnúcemu obyvateľstvu. Výsledky projekcie ukazujú, že na Slovensku vzrastú výdavky na dlhodobú starostlivosť z 0,8 % HDP v roku 2018 na 2,8 % HDP v roku 2070. Neistota spojená s nedostatočnou kvalitou dát a dlhým horizontom projekcie je vyjadrená pomocou citlivostných scenárov. Na základe tých môžu výdavky v roku 2070 dosiahnuť úroveň medzi 2,6 % HDP až 3,3 % HDP. Rastúce výdavky na dlhodobú starostlivosť spôsobia v budúcnosti tlak na verejné financie, a tým aj potrebu zefektívniť oblasť poskytovania dlhodobej starostlivosti.

Autori

Alexandra Salamonová, Jakub Fodor

PodĎakovanie

Za konzultácie a úzku spoluprácu autori ďakujú Lucii Grajcarovej a Kristíne Kralovičovej (Útvár hodnoty za peniaze).

Upozornenie

Materiál prezentuje názory autorov a Inštitútu finančnej politiky (IFP), ktoré nemusia nutne odzrkadľovať oficiálne názory Ministerstva financií SR (MF SR). Cieľom publikovania analýz IFP je podnecovať a zlepšovať odbornú a verejnú diskusiu na aktuálne ekonomické témy. Citácie textu by preto mali odkazovať na IFP (a nie MF SR) ako autora týchto názorov.

Obsah

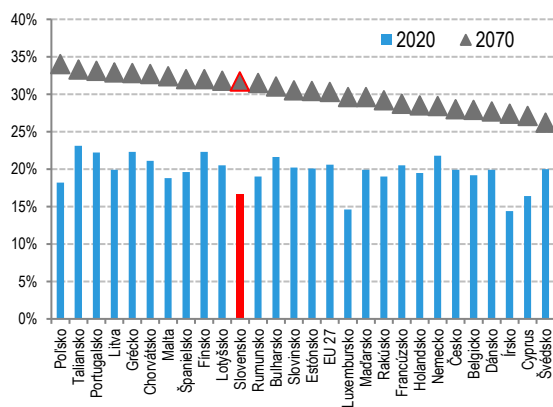
Úvod	4
1 Vykazovanie výdavkov na dlhodobú starostlivosť	6
2 Vykazovanie výdavkov na dlhodobú starostlivosť v podmienkach Slovenska	8
3 Projekcia výdavkov na dlhodobú starostlivosť na Slovensku	10
3.1 Veľkosť odkázanej populácie	11
3.2 Pokrytie odkázanej populácie službami LTC	11
3.3 Jednotkové náklady na prijímateľov služieb	12
3.4 Vývoj jednotkových nákladov - makroekonomické predpoklady	15
3.5 Celkové výdavky na dlhodobú starostlivosť	16
Záver	21
Referencie	22
Základné definície	23
Prílohy	25

Úvod

Slovensko bude do roku 2070 patriť medzi najrýchlejšie starnúce krajiny EÚ. V súčasnosti je Slovensko jednou z najmladších krajín EÚ. Pokles plodnosti v kombinácii s rastúcou strednou dĺžkou života však spôsobujú, že populácia prudšie starne. V roku 2070 tak bude mať takmer každý tretí obyvateľ viac ako 64 rokov (Graf 1). Podiel obyvateľstva staršieho ako 79 rokov vzrastie zo súčasných 3,4 % na takmer 15 % celkovej populácie v roku 2070. Pôjde tak o najrýchlejší percentuálny nárast populácie staršej ako 79 rokov a druhý najrýchlejší nárast populácie staršej ako 64 rokov spomedzi krajín EÚ.

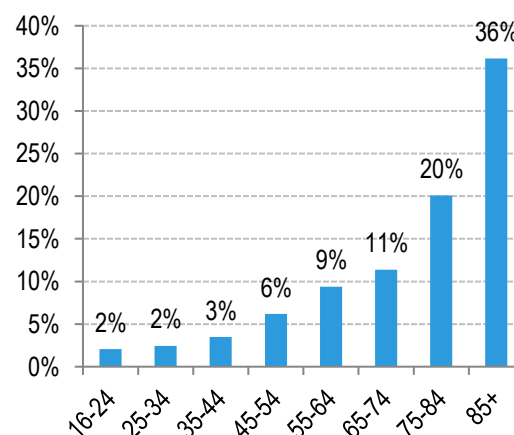
Starnutie populácie vedie k nárastu počtu osôb odkázaných na dlhodobú starostlivosť a môže predĺžiť obdobie potrebnej starostlivosti. Ak starnutie populácie nie je sprevádzané lepším zdravotným stavom ľudí, počet odkázaných na starostlivosť inými osobami narastá (Heger, Kolodziej, 2016). Staršie osoby sú rizikovejšie z pohľadu fyzického alebo mentálneho znevýhodnenia - obzvlášť od veku 75 – 85 rokov (Graf 2), kedy potreba služieb dlhodobej starostlivosti začína rásť exponenciálne (OECD, 2005). Nárast strednej dĺžky života na jednej strane môže oddialiť výskyt niektorých chorôb, určité choroby (napr. Alzheimerova choroba) sa však objavujú v konkrétnom veku a môžu tak predĺžiť obdobie potrebnej starostlivosti.

Graf 1: Podiel obyvateľstva staršieho ako 64 rokov na celkovej populácii – porovnanie súčasnosti a roku 2070 (v %)



Zdroj: Eurostat [proj_19ndbi]

Graf 2: Priemerná miera odkázanosti osôb¹ v EÚ podľa vekových kohort za roky 2015 - 2018 (v %)



Zdroj: EU SILC [hlth_silc_12]

Rastúci počet odkázaných osôb a menej ľudí v produktívnom veku zvýšia tlak na verejné výdavky na dlhodobú starostlivosť. Dôležitým determinantom verejných výdavkov na dlhodobú starostlivosť je rozsah poskytovania služieb formálnymi pracovníkmi a blízkymi. S poklesom počtu osôb v produktívnom veku, ktorí sú schopní poskytovať starostlivosť odkázaným osobám, môže rásť tlak na dostupnosť starostlivosti formálnymi pracovníkmi, a tým aj na výdavky na dlhodobú starostlivosť.

¹ Miera odkázanosti je meraná prostredníctvom prieskumu EU-SILC, ktorý je zameraný na súkromné domácnosti. Otázka položená respondentom znie: "Do akej miery ste boli v priebehu minimálne posledných 6 mesiacov obmedzovaní kvôli zdravotnému problému v činnostiach, ktoré ľudia bežne vykonávajú?" Za odkázanú osobu je považovaná osoba s odpoveďou „Veľmi obmedzovaný“.

Očakávaný nárast dopytu po dlhodobej starostlivosti a súvisiacich výdavkov vyžaduje analýzu súčasného stavu a sledovanie jeho vývoja. Aby bolo možné prijímať kvalifikované rozhodnutia v oblasti dlhodobej starostlivosti, je nevyhnutné poznať aktuálny stav a monitorovať jeho vývoj v súlade s narastajúcim dopytom, ale aj ponukou služieb. Dôkladné poznanie oblasti zároveň umožňuje predpovedať budúce výdavky štátu a ich plánovanie.

Pre analýzu súčasného stavu je kľúčové jasné definovanie a vymedzenie oblasti dlhodobej starostlivosti. Problém vymedzenia tejto oblasti nastáva na strane dopytu aj ponuky. Pri dopyte po službách dlhodobej starostlivosti je dôležité jasne určiť, kto je prijímateľom služby, teda definovať odkázanú osobu. Na strane ponuky dochádza k prelínaniu oblastí - najmä medzi zdravotníckou a sociálnou sférou, čo sťažuje jednoznačné určenie definície dlhodobej starostlivosti.

Tento manuál vymedzuje oblasť dlhodobej starostlivosti v podmienkach Slovenska a vytvára projekcie výdavkov na dlhodobú starostlivosť v kontexte starnúceho obyvateľstva do roku 2070. Manuál jasne určuje, čo spadá pod oblasť dlhodobej starostlivosti a kto je odkázaná osoba pri aplikovaní metodiky Európskej komisie. Určením nákladov spojených s dlhodobou starostlivosťou sú následne kvantifikované výdavky na starostlivosť o odkázaných do roku 2070.

1 Vykazovanie výdavkov na dlhodobú starostlivosť

Jasné vymedzenie oblasti dlhodobej starostlivosti (LTC²) je problematické z dôvodu rôznych foriem služieb a ich prelínania medzi zdravotníckou a sociálnou oblasťou. Služby LTC sú zväčša poskytované rôznou kombináciou inštitucionálnej a domácej starostlivosti. V praxi sa služby LTC taktiež prelínajú so službami zdravotníctva a sociálnej oblasti, ktoré je zložité oddeliť. Odlišná legislatívna úprava v krajinách zároveň sťažuje medzinárodné porovnanie.

Pri vykazovaní oblasti LTC je dôležité rozlišovať formálnu starostlivosť a neformálnu starostlivosť. Formálna starostlivosť (poskytovaná profesionálnymi pracovníkmi) je zvyčajne nákladnejšia než neformálna starostlivosť (poskytovaná rodinou či známymi). Na druhej strane, podiel populácie, ktorá bude schopná poskytovať starostlivosť v rámci neformálnej starostlivosti v dôsledku starnúceho obyvateľstva a zmien životného štýlu³ klesá (Jenkins et al., 2003; Pickard, 2015). Rozdelenie LTC na formálnu a neformálnu starostlivosť je preto dôležité z pohľadu pokrytia dopytu po starostlivosti a plánovania výdavkov.

Vykazovanie výdavkov na LTC vyžaduje odlišenie inštitucionálnej starostlivosti a domácej starostlivosti. Kým inštitucionálna starostlivosť prebieha v špecifických zariadeniach, domáca starostlivosť je poskytovaná prevažne v prirodzenom prostredí odkázaného⁴. Odlišenie typov LTC umožňuje sledovať, v akej forme sú služby poskytované, pričom každá z nich má svoje špecifiká a rôzne náklady. Inštitucionálna starostlivosť je spravidla považovaná za formálnu starostlivosť, nakoľko služby poskytujú profesionálni pracovníci. Domáca starostlivosť môže byť poskytovaná v rámci formálnych služieb, ale aj neformálne prostredníctvom rodiny či známych. Do neformálnej domácej starostlivosti tak spadajú predovšetkým kompenzácie príjmu vo forme peňažných príspevkov.

Tabuľka 1: Zatriedenie dlhodobej starostlivosti z rôznych hľadísk

	Inštitucionálna starostlivosť	Domáca starostlivosť
Formálna starostlivosť	X	X
Neformálna starostlivosť		X

Vhodnou metodikou, ktorá umožňuje rozdelenie LTC podľa potrebných kritérií, je metodika Európskej komisie. Metodika Európskej komisie (metodika EK⁵ v Správe o starnutí populácie) nadväzuje na metodiku SHA a rozširuje jej definície (BOX 1). V rámci metodiky je možné jednoznačne odlíšiť zdravotnícke služby LTC a sociálne služby LTC. Zdravotná LTC zahŕňa služby poskytované odkázanej osobe na úkony sebaobsluhy (ADL⁶). Patria tu lekárska a ošetrovateľská služba (napr. prevádzovanie rán, podávanie liekov) a osobná starostlivosť (napr. umývanie, obliekanie⁷). Sociálna LTC predstavuje podporné služby na nižšej úrovni a vzťahuje sa na pomoc

² Z angl. Long-term care, presnú definíciu pojmu vrátane ďalších pojmov z oblasti LTC je možné nájsť na konci manuálu.

³ Znižovanie počtu detí, zvyšovanie rozvodovosti, zvyšovanie podielu žien na trhu práce, pokles ochoty starať sa o blízkych, pokles počtu spoločných domácností rodičov a dospelých detí.

⁴ Nie všetky ťažko zdravotne postihnuté alebo invalidné osoby sú považované za odkázané. Kritériom je potreba pomoci pri úkonoch sebaobsluhy alebo starostlivosti o domácnosť.

⁵ European Commission (2020), The 2021 Ageing Report : Underlying Assumptions and Projection Methodologies. Luxemburg: Publications Office of the European Union. ISSN 2443-8014.

⁶ Z angl. Activities of Daily Living.

⁷ Bližší popis aktivít v prílohe.

odkázaným pri úkonoch starostlivosti o domácnosť (IADL⁸) v rámci asistenčných služieb (napr. nakupovanie, pranie). Ak je odkázanej osobe poskytovaný balík služieb, kde nie je možné odlíšiť sociálnu a zdravotnú LTC, rozhodujúcim kritériom pri zatriedení je, ktorá zo služieb prevláda. Využitie medzinárodných metodík poskytuje možnosť porovnania stavu s ďalšími krajinami.

BOX 1: Porovnanie medzinárodných metodík vykazovania údajov LTC

Pri vykazovaní výdavkov za oblasť LTC môžu byť využívané medzinárodne harmonizované metodiky, v ktorých je dôležité nájsť správne vymedzenie oblasti LTC. Spoločným cieľom metodík je vykazovať údaje za vybrané oblasti systematicky s možnosťou porovnávania v čase a medzi krajinami. Každá z metodík však pristupuje k ohraničeniu oblasti LTC iným spôsobom v súlade s plánovaným využitím. Medzi najpoužívanejšie metodiky patria Systém zdravotných účtov (SHA⁹), Európsky systém integrovanej štatistiky sociálnej ochrany (ESSPROS¹⁰) a Klasifikácia výdavkov verejnej správy (COFOG¹¹). Metodika projekcií výdavkov EK je založená na kombinácii vyššie uvedených.

Metodika COFOG rozdeľuje základné vládne výdavky do 10 funkcií, pričom LTC nemá vyčlenenú samostatnú kategóriu. Primárnym cieľom metodiky nie je samostatne definovať oblasť LTC. Tú možno nájsť pod viacerými funkciami, ktoré zlučujú výdavky na LTC, zdravotnícke služby či sociálnu ochranu.

Metodika ESSPROS so zameraním na výdavky v oblasti sociálnej ochrany nešpecifikuje samostatnú kategóriu pre oblasť LTC. Metodika rozdeľuje verejné výdavky do 8 širších funkcií, pričom LTC je možné nájsť pod viacerými z nich (napr. výdavky súvisiace so zdravotným postihnutím alebo s vyšším vekom). Metodika tiež umožňuje rozdeliť výdavky podľa formy na peňažné príspevky a vecné dávky.

Metodika SHA jasne vymedzuje oblasť LTC v rámci detailného rozdelenia výdavkov na zdravotnú starostlivosť. Metodika rozdeľuje výdavky na zdravotnú starostlivosť do 8 základných funkcií podľa typu starostlivosti. LTC má samostatnú kategóriu, ktorá zahŕňa výdavky na zdravotnú starostlivosť v tejto oblasti. Oddelenou funkciou súvisiacou s výdavkami na zdravotnú starostlivosť sú výdavky spadajúce do sociálnej oblasti LTC, ktoré sú vykazované mimo 8 základných funkcií SHA. Metodika tak umožňuje poskytnúť údaje za celú oblasť LTC a je vhodnou voľbou pri jej vymedzení.

Metodika Európskej komisie v rámci Ageing Working Group¹² je založená na metodike SHA, no rozširuje niektoré definície. Metodika dodatočne rozlišuje dlhodobú starostlivosť na formálnu a neformálnu. Zároveň pristupuje širšie k definícii odkázanej osoby a rozlišuje peňažné príspevky a vecné dávky.

⁸ Z angl. Instrumental Activities of Daily living.

⁹ Z angl. The System of Health Accounts.

¹⁰ Z angl. The European System of Integrated Social Protection Statistics.

¹¹ Z angl. The Classification of the Functions of the Government.

¹² Pracovná skupina pre starnutie obyvateľstva.

2 Vykazovanie výdavkov na dlhodobú starostlivosť v podmienkach Slovenska

V podmienkach Slovenska je rozdelenie LTC na zdravotnú a sociálnu časť odlišné od metodiky Európskej komisie. LTC na Slovensku nemá samostatnú reguláciu, je upravovaná rôznymi zákonmi¹³ a spadá pod rôzne subjekty verejnej správy¹⁴. Za služby LTC sú typicky považované skôr pobytové a terénne sociálne služby (napr. zariadenia pre seniorov, domovy sociálnych služieb, opatrovateľská služba). Napriek svojmu zameraniu na sociálne služby, ktoré vyplýva z názvu, by podľa kritérií EK mali byť skôr zaradené do zdravotnej LTC¹⁵. Zdravotná LTC sa podľa kritérií EK poskytuje odkázaným osobám aj v zdravotníckych zariadeniach (Tabuľka 2).

Do inštitucionálnej zdravotnej LTC spadajú podľa metodiky EK zdravotnícke zariadenia aj zariadenia sociálnych služieb, v ktorých sa poskytuje pobytová a denná starostlivosť. Týka sa to zariadení poskytujúcich služby odkázaným osobám v inštitúciách, ktorých súčasťou je zdravotná starostlivosť. Spomedzi zdravotníckych zariadení tu spadajú zariadenia alebo oddelenia ústavnej zdravotnej starostlivosti ako lôžkový hospic, oddelenie dlhodobo chorých a ďalšie¹⁶. Spomedzi zariadení sociálnych služieb tu patria najmä zariadenia s prevažujúcou pobytovou formou služieb¹⁷, ale aj zariadenia dennej starostlivosti¹⁸ ako rehabilitačné stredisko či denný stacionár.

Do domácej zdravotnej LTC patria podľa metodiky EK terénne a ambulantné služby a peňažné príspevky. Hlavným kritériom je, aby bola služba poskytovaná v domácom prostredí odkázanej osoby, resp. aby odkázaná osoba trávila prevažnú časť dňa v domácom prostredí. Patria tu preto aj zdravotné ambulancie, v ktorých sa pravidelne sleduje a konzultuje zdravotný stav odkázaných. Väčšiu časť tvoria terénne služby poskytované v domácom prostredí osôb ako mobilný hospic či opatrovateľská služba. Veľké zastúpenie majú aj peňažné príspevky¹⁹, ktoré slúžia na podporu neformálnej domácej starostlivosti.

Medzi sociálne služby LTC podľa metodiky EK patria podporné sociálne služby. Tie majú skôr charakter asistenčných služieb pri základných sociálnych aktivitách. Možno tu zaradiť podporu samostatného bývania pre osoby vyžadujúce dohľad pri IADL úkonoch, sprostredkovateľské služby či tlmočnicku službu pre nepočujúce a hluchoslepé osoby.

¹³ Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov, Zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

¹⁴ Oblasť sociálnych služieb je v kompetenciách obcí a vyšších územných celkov, peňažné príspevky poskytuje Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny, zdravotná starostlivosť spadá pod poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

¹⁵ Ak sú v takýchto zariadeniach poskytované aj zdravotné služby nesúvisiace s LTC, tieto služby by mali byť oddelené od LTC. Obdobne by v prípade dostupnosti detailných dát mohli byť oddelené služby na zdravotnú LTC a sociálnu LTC.

¹⁶ Zdravotná LTC je poskytovaná aj na ďalších oddeleniach, ktoré do definície LTC môžu spadať - napríklad geriatрия, psychiatria, onkológia či doliečovací oddelenie. Nie všetci pacienti týchto oddelení však sú považovaní za odkázané osoby a ich odlišenie v súčasných štatistikách nie je možné.

¹⁷ Denná starostlivosť je v malej miere poskytovaná aj v pobytových zariadeniach, napr. domovoch sociálnych služieb. Nedostatočné dáta však neumožňujú jasné odlišenie výdavkov na tieto formy služieb, ani vekovú štruktúru poberateľov podľa pohlavia.

¹⁸ Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách definuje dennú starostlivosť ako ambulantnú. V kontexte metodiky EK je však za ambulantnú službu považovaná taká, pri ktorej trávi osoba prevažnú časť dňa v domácom prostredí. Preto je ambulantná forma sociálnych služieb v manuáli uvádzaná ako denná. Ambulantná forma poskytovaná v rámci zdravotníckych zariadení spadá pod ambulantnú starostlivosť v zmysle metodiky EK.

¹⁹ Keďže nie všetky osoby s ťažkým zdravotným postihnutím (poberatelia peňažných príspevkov) sú odkázané na starostlivosť inými, hlavným kritériom pri zatriedovaní peňažných príspevkov je účel príspevku (teda pomoc odkázanej osobe pri ADL alebo IADL činnostiach). Peňažný príspevok na kompenzáciu zvýšených výdavkov na diétne stravovanie nepredpokladá, že poberateľ je odkázaná osoba. Peňažný príspevok na zabezpečenie prevádzky osobného motorového vozidla priamo nepomáha mobilite odkázanej osoby, skôr len kompenzuje jej výdavky. Z týchto dôvodov nie sú uvedené peňažné príspevky považované za súčasť LTC.

Tabuľka 2: Navrhované zatriedenie LTC v podmienkach SR podľa metodiky EK*

Inštitucionálna starostlivosť	Domáca starostlivosť
HC.3 Zdravotná dlhodobá starostlivosť	
Ústavná dlhodobá starostlivosť**	Ambulantná dlhodobá starostlivosť
Zariadenie pre seniorov	Ambulancia paliatívnej medicíny
Zariadenie opatrovateľskej služby	Ambulancia dlhodobo chorých
Domov sociálnych služieb	
Špecializované zariadenie	Domáca dlhodobá starostlivosť****
Lôžkový hospic	Opatrovateľská služba
Dom ošetrovateľskej starostlivosti	Zariadenie podporovaného bývania
Oddelenie dlhodobo chorých	Požičiavanie pomôcok
Dlhodobá intenzívna starostlivosť	Odfahčovací služba
Oddelenie paliatívnej medicíny	Peňažný príspevok na opatrovanie
	Peňažný príspevok na osobnú asistenciu
Denná dlhodobá starostlivosť	Peňažný príspevok na kúpu, výcvik používania a úpravu pomôcky
Denný stacionár	Peňažný príspevok na opravu pomôcky
Rehabilitačné stredisko	Peňažný príspevok na kúpu zdvíhacieho zariadenia
	Peňažný príspevok na úpravu bytu, rodinného domu alebo garáže
	Peňažný príspevok na kompenzáciu zvýšených výdavkov súvisiacich s hygienou alebo s opotrebovaním šatstva, bielizne, obuvi a bytového zariadenia
	Peňažný príspevok na kompenzáciu zvýšených výdavkov súvisiacich so starostlivosťou o psa so špeciálnym výcvikom
	Peňažný príspevok na kúpu osobného motorového vozidla
	Peňažný príspevok na úpravu osobného motorového vozidla
	Peňažný príspevok na prepravu
	Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
	Mobilný hospic
Sociálna dlhodobá starostlivosť	
	Vecné dávky na starostlivosť****
	Tlmočnická služba
	Sprostredkovanie tlmočnickej služby
	Sprostredkovanie osobnej asistencie
	Podpora samostatného bývania

Legenda: Modrá farba – upravované zákonmi o sociálnych službách a o peňažných príspevkoch, sivá farba – upravované zákonom o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti.

* Súčasný spôsob zatriedovania LTC v podmienkach SR podľa metodiky EK je popísaný v Boxe 2.

**Medzi zdravotníckymi zariadeniami poskytujúcimi služby odkázaným osobám môžu patriť aj ďalšie oddelenia, napr. onkológia, geriatra, psychiatria, doliečovací oddelenie. V súčasných dátach nie je možné oddeliť odkázané osoby.

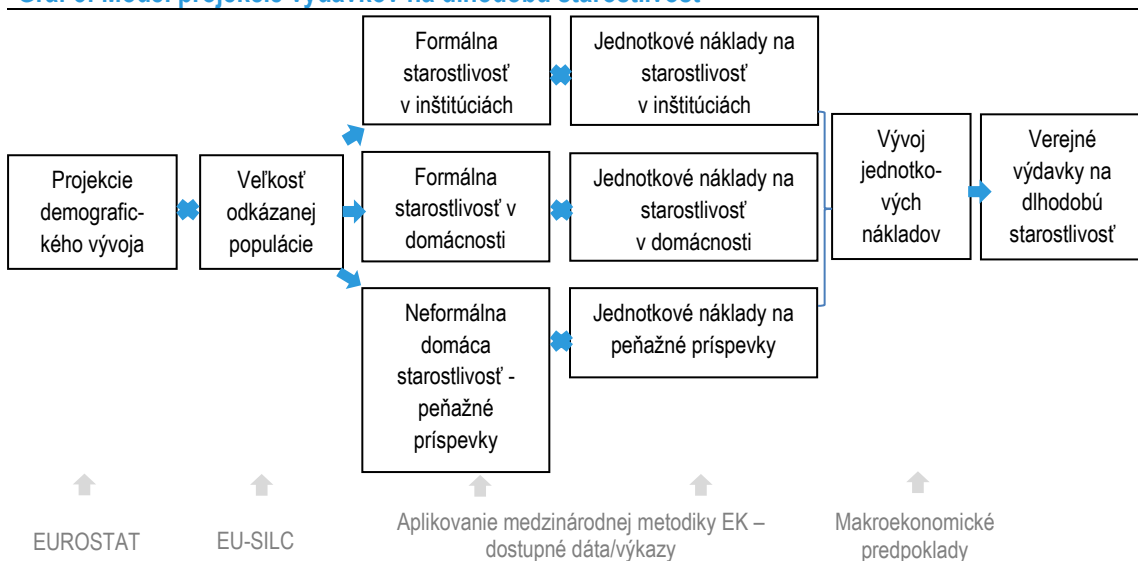
*** Môže tu patriť aj prepravná služba. Súčasná dáta však neumožňujú oddeliť odkázané osoby.

**** Môžu tu patriť aj pracovňa, jedáleň, resp. ďalšie služby. Súčasná dáta však neumožňujú oddeliť odkázané osoby.

3 Projekcia výdavkov na dlhodobú starostlivosť na Slovensku

Pri projekcii výdavkov na dlhodobú starostlivosť je potrebné poznať veľkosť odkázanej populácie, pokrytie typmi služieb a náklady na prijímateľa. Veľkosť odkázanej populácie je daná projekciou demografického vývoja a mierou odkázanosti (Graf 3). Na základe dostupných dát je následne vyčíslené pokrytie odkázanej populácie jednotlivými typmi služieb a jednotkové náklady na prijímateľov služieb. Kým počet prijímateľov služieb je ovplyvnený vývojom populácie, náklady sa v čase menia v súlade s nárastom cien, príjmov a miezd. Celkové výdavky sú potom dané počtom prijímateľov služieb a nákladmi na služby v každom roku.

Graf 3: Model projekcie výdavkov na dlhodobú starostlivosť



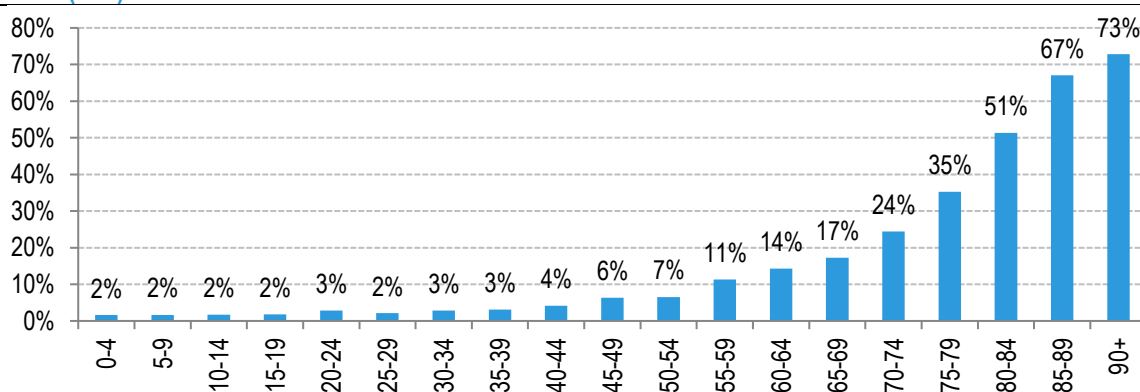
Legenda: Model vychádza z projekcií demografického vývoja do roku 2070, ktoré vydáva Eurostat. Miera odkázanosti zisťovaná pomocou EÚ-SILC a počtom odkázaných v inštitucionálnych zariadeniach je aplikovaná na celú populáciu a výsledkom je zistený počet ľudí odkázaných na pomoc iných osôb. Počet odkázaných ľudí je následne rozdelený na osoby, ktoré dostávajú formálnu domácu starostlivosť, inštitucionálnu starostlivosť a peňažné príspevky podľa veku a pohlavia. Celkové výdavky na daný typ starostlivosti sú potom vyčíslené počtom prijímateľov typu starostlivosti podľa veku a pohlavia a výsledkom sú jednotkové náklady na vekové kohorty rozdelené podľa pohlavia. Celkové výdavky na LTC sú potom vypočítané vynásobením jednotkových nákladov a počtom prijímateľov jednotlivých typov starostlivosti v každom roku.

Projekcia vychádza z údajov z roka 2018, ktoré boli v čase spracovania manuálu dostupné. Odhady sú realizované na základe v čase publikovania dostupných dát (BOX 2) a manuál poskytuje nástroj pre kvantifikáciu výdavkov pri naplnení zvolených predpokladov a bez zmeny súčasného nastavenia systému LTC. Výpočty počítajú s opatreniami, ktoré boli prijaté k marcu 2021. Týka sa to navyšovania príspevkov pre zariadenia sociálnych služieb a peňažných príspevkov na opatrovanie a osobnú asistenciu (BOX 3).

3.1 Veľkosť odkázanej populácie

Na Slovensku je podľa EU SILC takmer 9 %²⁰ populácie odkázanej na starostlivosť inými, približne dve tretiny z toho sú osoby staršie ako 59 rokov. Dopyt po službách LTC nie je daný vekom, ale invaliditou a chorobami, ktoré môžu prerásť do odkázanosti na iných. Miera odkázanosti je však typicky vyššia pri osobách vo vyššom veku, čo sa potvrdzuje aj na Slovensku (Graf 4). Uvedené miery odkázanosti vstupujú aj do projekcie výdavkov na dlhodobú starostlivosť, pričom sa predpokladá, že podiel odkázaných v jednotlivých vekových kohortách sa nebude meniť²¹.

Graf 4: Priemerná miera odkázanosti osôb na Slovensku podľa vekových kohort za roky 2015 - 2018 (v %)



Legenda: Miera odkázanosti je meraná prostredníctvom prieskumu EU SILC, ktorý je zameraný na súkromné domácnosti. Otázka položená respondentom znie: "Do akej miery ste boli v priebehu minimálne posledných 6 mesiacov obmedzovaný kvôli zdravotnému problému v činnostiach, ktoré ľudia bežne vykonávajú?" Za odkázanú osobu je považovaná osoba s odpoveďou „Veľmi obmedzovaný“. Miera odkázaných je následne tvorená súčtom počtu odkázaných podľa EU SILC a počtu pacientov v inštitucionálnych zariadeniach (ktorí nie sú súčasťou štatistického zisťovania, no sú považovaní za odkázaných) ako percento celkovej populácie. Pre vekové kategórie 0-14 sú prebraté miery odkázanosti podľa kohorty 15-19 doplnené o osoby v inštitúciách. Zdroj: EU-SILC, počet odkázaných pacientov v inštitucionálnej starostlivosti

3.2 Pokrytie odkázanej populácie službami LTC

Služby LTC pokrývajú približne polovicu potenciálne odkázaných osôb, v najväčšej miere peňažnými príspevkami. Spomedzi 482 tisíc odkázaných dostáva nejaký typ starostlivosti približne 254 tisíc osôb, čo predstavuje 53 %²² (Graf 5). Nedostatky v dátach môžu však spôsobovať násobný výskyt poberateľov medzi typmi starostlivosti a pokrytie môže byť v skutočnosti nižšie²³ (BOX 2). Podľa dostupných dát sa v najväčšom rozsahu poskytuje starostlivosť kompenzovaná peňažnými príspevkami v rámci podpory neformálnej domácej starostlivosti. Najväčšie pokrytie teda vo všeobecnosti predstavuje starostlivosť v domácom prostredí osôb. Uvedené miery pokrytia potrieb službami LTC sa v rámci projekcie výdavkov nemenia²⁴.

²⁰ Ide o približne 482 tisíc osôb. Slovensko vykazuje jednu z najvyšších mier odkázanosti spomedzi krajín EÚ podľa EU-SILC. V skutočnosti môže byť počet odkázaných v rámci tohto ukazovateľa nadhodnotený. Problémy ukazovateľa sú uvedené v Boxe 2. Zatiaľ však nie je dostupný obdobný ukazovateľ s tak podrobnou vekovou štruktúrou odkázaných. Podľa expertného odhadu (Repková, 2014) by mohol byť priemerný podiel odkázaných osôb na Slovensku 5,6 %.

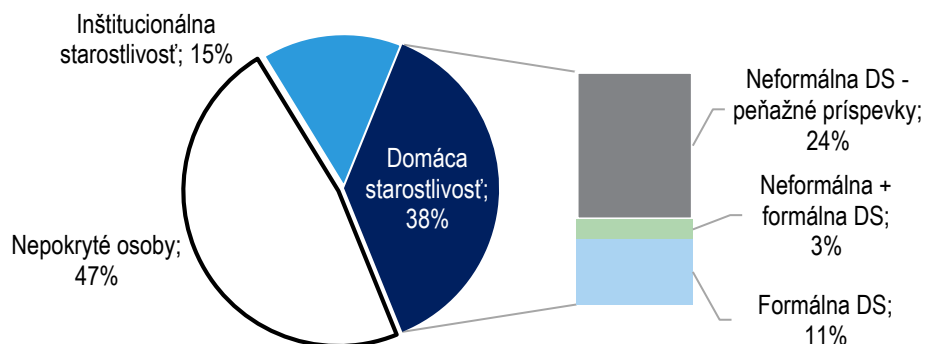
²¹ To znamená, že ak dnes potrebuje starostlivosť 67 % zo všetkých osôb vo veku 85-89 rokov, tak aj v roku 2070 bude potrebovať starostlivosť rovnaký podiel ľudí v tomto veku. Počet odkázaných môže byť ovplyvnený aj rastúcou strednou dĺžkou dožitia, čo sa môže prejaviť neskorším výskytom odkázanosti a menším tlakom na výdavky. Z dôvodu zmiešaných výsledkov výskumu v tejto oblasti sa s takýmto scenárom nepočíta.

²² Zvyšná nepokrytá časť populácie dostáva starostlivosť zrejme v rámci kapacít rodiny a známych bez akejkoľvek kompenzácie príjmu od štátu.

²³ Jedná sa najmä o prekrývanie medzi zdravotníckymi zariadeniami a sociálnymi službami, kde je zložité určiť, koľko z hospitalizovaných osôb dostáva iný typ starostlivosti, resp. príspevok.

²⁴ To znamená, že ak dnes spomedzi 67 % odkázaných osôb vo veku 85 – 89 rokov dostáva formálnu domácu starostlivosť 30 %, rovnaký podiel domácej formálnej starostlivosti bude odkázaným v tejto vekovej kohorte poskytovaný aj v roku 2070.

Graf 5: Pokrytie odkázaných osôb službami LTC v roku 2018 (v %)



Legenda: DS – domáca starostlivosť

Zdroj: EU-SILC, vlastné prepočty na základe výkazov poskytovateľov starostlivosti

Peňažné príspevky pokrývajú skôr potreby mladších odkázaných osôb, formálna starostlivosť kryje vo väčšej miere potreby starších. Najväčšie pokrytie odkázaných osôb službami LTC sa ukazuje pri starších kohortách a pri mladších vo veku od 10 do 19 rokov, pri ktorých dostáva starostlivosť až 80 %²⁵ odkázaných. U starších odkázaných osôb sú využívané okrem iných rôzne pobytové zariadenia a terénne služby. To môže byť dané tým, že okolie starších osôb nie je schopné či ochotné poskytovať neformálnu starostlivosť. U mladších osôb túto starostlivosť vykonávajú zrejme predovšetkým rodičia (Graf 6).

Graf 6: Pokrytie odkázaných osôb službami LTC v roku 2018 podľa vekových kohort (v %)



Legenda: v praxi dochádza k prekryvaniu typov služieb u pacientov, preto môže byť pokrytie vyššie ako 100%. Počet prijímateľov v jednotlivých kohortách bol v prípade potreby doložený na základe podielu miery odkázanosti kohorty na celkovej miere odkázanej populácie (viac v Prílohe 3). Agregovaný počet prijímateľov starostlivosti bol následne prerozdelený medzi kohorty a pohlavie v súlade s narátanými podielmi.

Zdroj: EU-SILC, vlastné prepočty na základe výkazov poskytovateľov starostlivosti a dávok zdravotných poisťovní

3.3 Jednotkové náklady na prijímateľov služieb

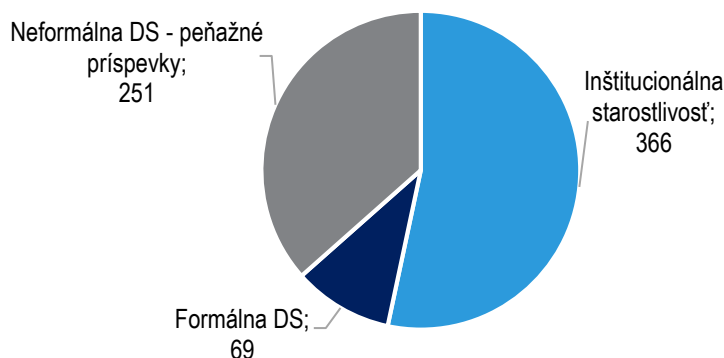
V roku 2018 predstavoval celkový objem verejných výdavkov na dlhodobú starostlivosť 686 mil. eur²⁶ (0,8 % HDP). Najnákladnejším typom starostlivosti je inštitucionálna starostlivosť

²⁵ Pokrytie je vždy uvedené vo vzťahu k počtu odkázaných osôb v danej vekovej kohorte.

²⁶ Objem verejných výdavkov je narátaný kombináciou dávok zdravotných poisťovní pre zdravotnícke zariadenia, výdavkov na peňažné príspevky a výdavkov na sociálne služby. Pri zariadeniach sociálnych služieb boli výdavky prevzaté z výkazu o príjmoch zariadení, kde je možné dostatočne odlišiť verejné zdroje od iných. Vylúčené boli príjmy zo súkromného sektora, neziskových inštitúcií slúžiacich domácnostiam, úhrady za starostlivosť,

vyžadujúca viac ako polovicu celkových výdavkov. Peňažné príspevky, ktoré pokrývajú najväčšiu časť poberateľov, predstavujú viac ako tretinu celkovej vynaloženej sumy²⁷. Najmenej finančných prostriedkov bolo vynaložených na formálnu domácu starostlivosť.

Graf 7: Rozdelenie výdavkov LTC podľa metodiky EK v roku 2018 (v mil. eur)

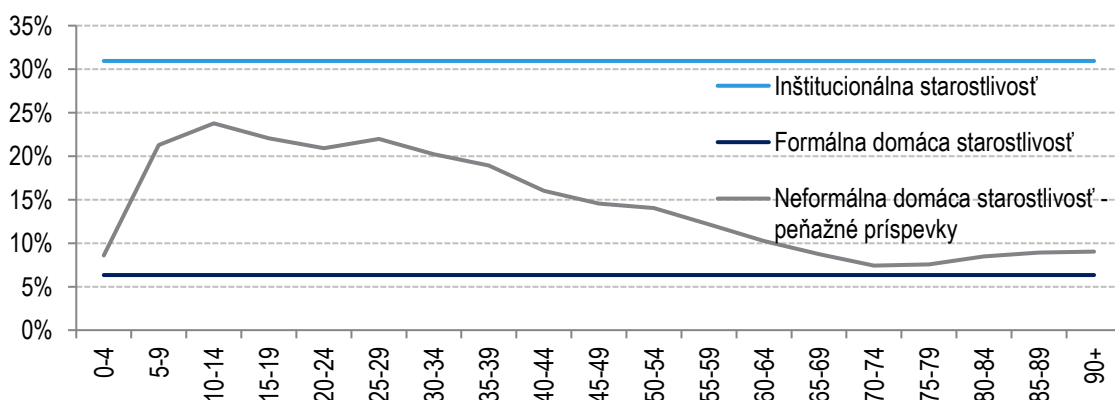


Legenda: DS – domáca starostlivosť

Zdroj: vlastné prepočty na základe výkazov poskytovateľov starostlivosti a dávok zdravotných poisťovní

Pre nedostatočný zber údajov na Slovensku sa predpokladá rovnaká výška nákladov na prijímateľov formálnej starostlivosti bez ohľadu na vek a pohlavie. Súčasný spôsob vykazovania výdavkov v rámci formálnej starostlivosti (inštitucionálnej aj domácej) neumožňuje určiť, ako sa líšia výdavky na jednotlivca podľa jeho veku a pohlavia. Predpokladané výdavky na 80-ročnú ženu sú preto v základnom scenári odhadované rovnako ako na 25-ročného muža. Výška nákladov sa líši len podľa typu starostlivosti (Graf 8). Tento predpoklad je založený tiež na fakte, že náklady na starostlivosť o osobu sa nemusia nevyhnutne odvíjať od veku osoby (de la Maisonneuve, Oliveira Martins, 2015).

Graf 8: Nákladové profily poberateľov služieb LTC podľa vekových kohort ako % HDP na obyvateľa za rok 2018 – základný scenár



Zdroj: vlastné prepočty na základe výkazov poskytovateľov starostlivosti a dávok zdravotných poisťovní

sponzorské dary, verejné zbierky a iné príjmy. Pri vybraných sociálnych službách boli výdavky očistené o poplatky a sponzorské dary a verejné zbierky.

²⁷ Uvádzaná projekcia zároveň neuvažuje o nepriamych nákladoch súvisiacich s poskytovaním neformálnej starostlivosti v podobe straty príjmu opatrovateľov, zhoršovania ich zdravotného stavu a pod. Projekcia je tak v súlade s metodikou EK, ktorá rovnako vyčísluje len priame výdavky súvisiace s dlhodobou starostlivosťou.

Jednotkové náklady na peňažné príspevky (neformálnu domácu starostlivosť) vychádzajú zo skutočného využitia vekovými kohortami podľa pohlavia. Keďže pri peňažných príspevkoch sú údaje individualizované, jednotkové náklady na prijímateľa odzrkadľujú reálne využitie. Výsledky ukazujú, že najnákladnejšie sú mladšie osoby, čo je dané aj väčším pokrytím mladších kohort, s nárastom veku nákladovosť klesá, na čo vplyva aj legislatívne nastavenie²⁸ (Graf 8).

BOX 2: Nedostatky pri zbere údajov v oblasti LTC na Slovensku

Nesprávny preklad otázky v rámci štatistického zisťovania EU SILC pravdepodobne nadhodnocuje veľkosť odkázanej populácie na Slovensku. Zatiaľ čo pôvodné znenie otázky v rámci štatistického zisťovania EU SILC skúma obmedzenia po dobu *aspoň* 6 mesiacov, slovenský preklad skôr reflektuje na ťažkosti *počas* posledných 6 mesiacov²⁹. Za výraznejšie obmedzenia tak môže respondent považovať aj ťažší priebeh bežného ochorenia, akým je chrípka. Potenciálny vplyv formulácie otázky na výsledky prieskumu sa ukázal už aj v minulosti. Malé zmeny v znení otázky v roku 2008³⁰ medziročne znížili podiel osôb bez zdravotných obmedzení zo 72 % na 66 % celkovej populácie (Bahna, 2015). Častejšie zmeny vo formuláciách zároveň sťažujú sledovanie vývoja ukazovateľa.

Údaje o poberateľoch služieb LTC sú vo výkazoch zväčšia agregované, čo znemožňuje identifikáciu unikátneho poberateľa a možnosť určenia jeho odkázanosti. V súčasnosti dostupné údaje o poberateľoch služieb neumožňujú sledovať zdravotný stav pacientov, resp. ich diagnózu. Z tohto dôvodu nie je možné určiť, či ide o dlhodobo odkázanú osobu (napr. na oddelení psychiatrie alebo geriatrickej, pri prepravnej službe) alebo sa jedná o liečiteľný krátkodobý problém v zdravotnom stave. Zahnutie všetkých poberateľov takýchto služieb môže výrazne nadhodnotiť počet poberateľov služieb LTC a výdavkov (keďže dané výdavky v realite nesúvisia so službou LTC), ich nezapočítanie naopak môže viesť k poddimenzovaniu skutočného stavu poberateľov a výdavkov na LTC.

Nedostatočný zber údajov o poberateľoch a výdavkoch narúša možnosť sledovania potrieb a nákladov pacientov podľa veku a pohlavia. Keďže každá veková kohorta aj pohlavie môžu mať svoje špecifiká a rôzne potreby a náklady, umožnili by takéto údaje lepšie definovať očakávané výdavky na dlhodobú starostlivosť o jednotlivca. Vďaka detailnejšej znalosti výdavkov na LTC podľa veku a pohlavia príjemcov je následne možné presnejšie odhadnúť budúce výdavky na dlhodobú starostlivosť.

Odlíšne vnímanie poskytovateľov sociálnych a zdravotných služieb LTC spôsobuje, že údaje o poberateľoch sú zbierané duplicitne v rôznych oblastiach. Dostupné výkazy za oblasti zdravotníctva a sociálnych služieb nie sú prepojené. V praxi častokrát dochádza k prepusteniu osôb zo zdravotníckych zariadení do zariadení sociálnych služieb, resp. takéto osoby následne využívajú ďalšie služby, napr. v podobe peňažných príspevkov. Ich viacnásobné zarátanie vo

²⁸ V rámci nastavenia príspevku na opatrovanie, ktorý tvorí viac ako 50 % celkového objemu výdavkov na peňažné príspevky, sa znižuje výška príspevku pre poberateľov dôchodku. Pri nezaopatrených deťoch s ťažkým zdravotným postihnutím sa príspevok znižuje len ak príjem osoby s ťažkým zdravotným postihnutím presahuje 3 násobok životného minima, u ostatných osôb je to dvojnásobok životného minima.

²⁹ Otázka položená respondentom v rámci štatistického zisťovania znie: „Do akej miery ste boli v priebehu minimálne posledných 6 mesiacov obmedzovaní kvôli zdravotnému problému v činnostiach, ktoré ľudia bežne vykonávajú?“ Originálne znenie otázky pre respondentov je však nasledovné: „For at least the past six months, to what extent have you been limited because of a health problem in activities people usually do?“

³⁰ Namísto nutnosti obmedziť svoje aktivity sa začali skúmať obmedzenia v bežných činnostiach, formulácia zdravotné dôvody sa zmenila na zdravotné problémy.

všetkých typoch služieb tak môže spôsobovať nadhodnotenie počtu poberateľov služieb LTC. Tento nedostatok v zbere dát nemá vplyv na vyčíslenie celkového objemu výdavkov, skresľuje však mieru pokrytia potrieb odkázaných pacientov a narúša presnosť projekcie budúcich výdavkov.

Odlíšne vnímanie sociálnych a zdravotných služieb sa prejavuje aj v súčasnom spôsobe vykazovania výdavkov za LTC podľa metodiky EK, čo sťažuje medzinárodné porovnanie. Výdavky na zdravotnú a sociálnu LTC sa každoročne vykazujú v dotazníku SHA, ktorý slúži ako podklad pre Správu o starnutí populácie EK. Ten je následne doplnený údajmi podľa metodiky ESSPROS, ktoré by mali doplniť oblasť sociálnej LTC podľa metodiky SHA, teda služby poskytujúce pomoc pri IADL úkonoch (varení, praní a pod.). V praxi je však až 97 % celkových výdavkov na LTC vykázaných za sociálnu LTC v rámci ESSPROS³¹. Z hľadiska medzinárodného porovnania tak Slovensko vynakladá len 3 % z celkového objemu výdavkov na zdravotnú LTC v zmysle tabuľky 2 (paliatívna starostlivosť, prevádzovanie rán, podávanie liekov a pod.)³².

Presné vyčíslenie budúcich výdavkov na LTC je možné len za podmienok jasného vymedzenia oblasti LTC a individualizovaným prístupom pri vykazovaní údajov o poberateľoch a výdavkoch. V prvom kroku je dôležité určiť hranice oblasti LTC a definovať odkázané osoby. Následná individualizácia dát o poberateľoch a výdavkoch (vrátane veku, pohlavia, diagnózy a stupňa odkázanosti) umožní identifikovať odkázané osoby a ich pohyb v rámci rôznych typov služieb LTC. Tento cieľ by mal byť dosiahnutý plánovanou implementáciou informačného systému³³ o sociálnych službách. Nevyhnutným predpokladom je však tiež prepojenie databáz na zdravotnícke zariadenia, aby bolo možné sledovať všetky služby LTC na Slovensku.

3.4 Vývoj jednotkových nákladov - makroekonomické predpoklady

Základný scenár projekcie výdavkov predpokladá, že náklady na formálnu starostlivosť sa v čase zvyšujú v súlade s rastom HDP na pracujúceho. Formálne služby LTC sú skôr závislé od pracovnej sily, ktorej produktivitu nie je možné zvyšovať napríklad automatizáciou. Napriek obmedzeným možnostiam rastu produktivity práce sa v takýchto odvetviach prejavuje tzv. Baumolov efekt, kedy zvyšovanie miezd v iných sektoroch vytvára tlak na zvýšenie miezd aj v tomto odvetví. Hlavným faktorom rastu jednotkových nákladov je preto rast mzdy pracovníkov, resp. HDP na pracujúceho.

Náklady na peňažné príspevky v čase rastú podľa vývoja HDP na obyvateľa. Peňažné príspevky majú skôr charakter finančnej podpory, ktorá závisí od príjmu obyvateľstva. Ich vývoj v čase je preto naviazaný na rast HDP na obyvateľa. V praxi tak náklady na peňažné príspevky rastú pomalšie než náklady na formálnu starostlivosť.

³¹ Agregované údaje za oblasť LTC podľa súčasnej kombinácie metodík SHA a ESSPROS navyše vykazujú vyšší objem výdavkov než je narátaný v rámci tohto dokumentu. Nie je však úplne zrejmé, ktoré služby boli do štatistík zahrnuté a či bolo uvažované len s verejnými výdavkami alebo aj ďalšími zdrojmi príjmov poskytovateľov dlhodobej starostlivosti, najmä v prípade poskytovateľov sociálnych služieb, za ktoré si pacienti doplácajú aj z vlastných zdrojov.

³² Správnym aplikovaním metodiky v rámci tohto manuálu vykazuje Slovensko takmer 100 % z celkových výdavkov na LTC na zdravotnú LTC.

³³ Zavedenie informačného systému sociálnych služieb sa predpokladá v roku 2022. Tento systém odporúča aj Inštitút sociálnej politiky (Buchelová et al., 2020) v rámci komentára, kde boli identifikované obdobné problémy s údajmi.

BOX 3: Výdavky na LTC rástli v posledných rokoch rýchlejšie ako ekonomika krajiny

Výška peňažných príspevkov a príspevkov pre zariadenia sociálnych služieb rástla v posledných rokoch podľa rastu minimálnej mzdy. Väčšina peňažných príspevkov je naviazaných na sumu životného minima, rastú tak približne tempom inflácie. Výnimkou sú peňažný príspevok na opatrovanie a peňažný príspevok na osobnú asistenciu, ktoré boli medzi sledovanými rokmi navyšované približne na úroveň čistej minimálnej mzdy³⁴. Príspevky pre zariadenia sociálnych služieb sú dané formou poskytovanej služby a stupňom odkázanosti. Pre roky 2019 až 2021 dochádzalo k zvyšovaniu príspevkov v súlade s rastom minimálnej mzdy³⁵.

Naviazanie príspevkov na minimálnu mzdu tak prudšie zvýšilo výdavky na LTC v porovnaní s predpokladmi základného scenára. Keďže základný scenár predpokladá rast výdavkov v súlade s rastom ekonomiky, prejavil sa vplyv naviazania príspevkov na minimálnu mzdu v prvých rokoch projekcií výraznejšie (Graf 9).

Tabuľka 3: Prehľad vývoja vybraných príspevkov na oblasť LTC medzi rokmi 2018 - 2021

	2019	2020	2021
Príspevok pre zariadenia sociálnych služieb	10 %	8 %	12 %
Peňažný príspevok na opatrovanie*	17 %	11 %	-**
Peňažný príspevok na osobnú asistenciu*	9 %	0 %	-**
HDP na obyvateľa	5 %	-5 %	8 %
HDP na pracujúceho	4 %	0 %	4 %

Legenda: Percentuálne navýšenie príspevku pri každom roku predstavuje zmenu oproti predošlému roku.

* Peňažné príspevky sú vždy zvyšované od júla daného roka. Efekt zvýšenia sa tak prejaví 6 mesiacov jedného roka a 6 mesiacov nasledujúceho roka.

** Miera zvýšenia príspevku od júla 2021 nebola v čase publikovania manuálu schválená.

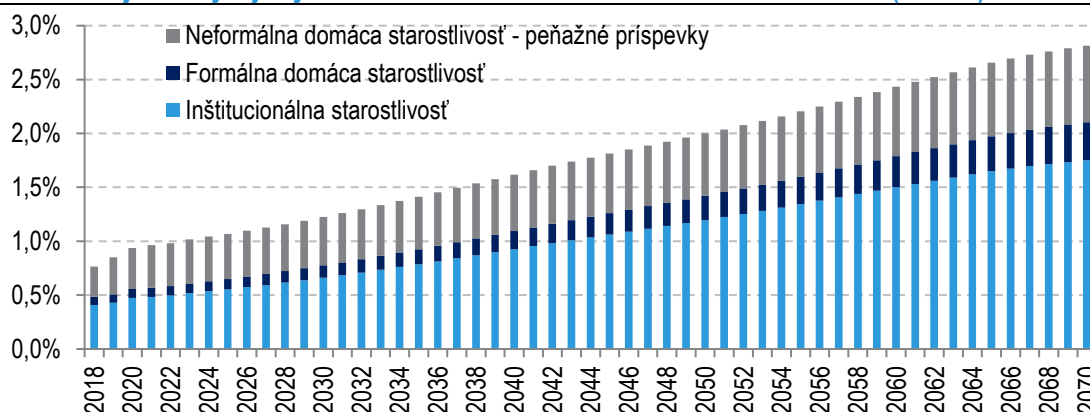
3.5 Celkové výdavky na dlhodobú starostlivosť

V základnom scenári vzrastú výdavky na LTC v roku 2070 z 0,8 % na 2,8 % HDP. V najväčšej miere sa bude na celkových výdavkoch podieľať - rovnako ako dnes, inštitucionálna starostlivosť, ktorej výdavky sa zvýšia z 0,4 % na takmer 1,8 % HDP v roku 2070. Druhou najnákladnejšou starostlivosťou ostane neformálna domáca starostlivosť v rámci peňažných príspevkov s podielom 0,7 % HDP v roku 2070. Pri nezmenenom nastavení starostlivosti LTC by formálna domáca starostlivosť predstavovala v roku 2070 výdavky na úrovni takmer 0,4 % HDP.

³⁴ Tieto dva príspevky predstavujú viac ako dve tretiny celkových výdavkov na peňažné príspevky.

³⁵ Príspevky sú určené na čiastočné krytie nákladov na mzdy a platy zamestnancov poskytovateľa sociálnych služieb. Príspevky rastú podľa rastu minimálnej mzdy spreď roka.

Graf 9: Projekcie vývoja výdavkov na LTC do roku 2070* v základnom scenári (% HDP)

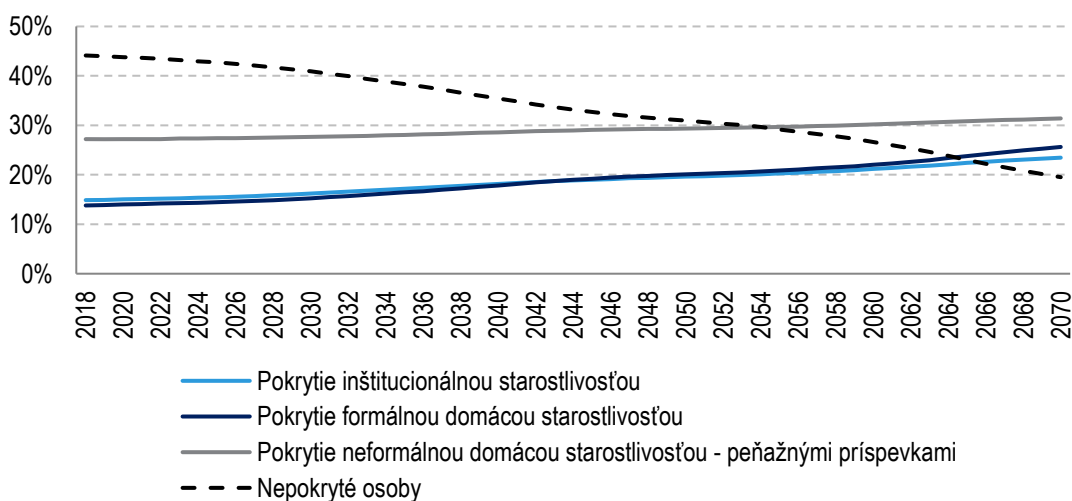


*do roku 2021 rastú výdavky v súlade s mierou skutočného zvyšovania príspevkov, (BOX 3) od roku 2022 rastú podľa uvedeného scenára.

Zdroj: vlastné prepočty na základe výkazov poskytovateľov starostlivosti a dávok zdravotných poisťovní

Prudký nárast výdavkov bude spôsobený najmä starnutím obyvateľstva. Projekcia predpokladá nemennú mieru pokrytia odkázaných v čase. Relatívne vysoké pokrytie starších kohort v kombinácii s nepriaznivým demografickým vývojom bude značne zvyšovať počet osôb, ktorým sa poskytuje starostlivosť. Kvôli rastúcemu počtu starších sa zvýši pokrytie formálnou starostlivosťou z 29 % odkázaných osôb v roku 2018 na takmer 50 % odkázaných osôb v roku 2070 (Graf 10). Najviac sa táto skutočnosť prejaví na výdavkoch na inštitucionálnu starostlivosť, ktorá je pri súčasnom nastavení systému najnákladnejšia.

Graf 10: Vývoj miery pokrytia odkázaných osôb jednotlivými typmi starostlivosti (% všetkých odkázaných osôb)



Legenda: Podiel nepokrytých osôb nezahŕňa skutočnosť, že v praxi dochádza k prekrytiu osôb využívajúcich rôzne typy starostlivosti (3 % poberateľov medzi formálnou a neformálnou domácou starostlivosťou). Z dôvodu samostatného projektovania vývoja výdavkov podľa typov starostlivosti LTC je tak tento počet osôb zarátaný pri všetkých relevantných typoch LTC.

Zdroj: vlastné prepočty na základe výkazov poskytovateľov starostlivosti a dávok zdravotných poisťovní

Úroveň neistoty spojená s nedostatočnou kvalitou dostupných dát a dlhodobým charakterom projekcií je vyjadrená pomocou citlivostných scenárov. Scenáre ukazujú, ako by rástli výdavky na dlhodobú starostlivosť, ak zmeníme jeden z predpokladov projekcie (BOX 4, Príloha 2). Prvé dva scenáre opisujú situáciu, ak by úroveň výdavkov na jednotlivca s vekom rástla alebo naopak klesala. Ďalší scenár predpokladá rast výdavkov podľa priemernej mzdy v súlade

s praxou zvyšovania príspevkov za posledné roky. Posledný scenár popisuje vývoj výdavkov, ak by došlo k výraznejšiemu preskupeniu súčasne nepokrytých osôb medzi osoby pokryté formálnou starostlivosťou. Tento scenár modeluje situáciu, v ktorej pokles počtu osôb v produktívnom veku schopných starať sa o odkázaných neformálne, zvyšuje dopyt po formálnej starostlivosti.

BOX 4: Základný scenár a citlivostné scenáre projekcie výdavkov na dlhodobú starostlivosť

1. Základný scenár (ZS)

- Jednotkové náklady na formálnu starostlivosť sú rovnaké bez ohľadu na vek a pohlavie,
- Jednotkové náklady na peňažné príspevky sú počítané zo skutočných dát,
- Jednotkové náklady na formálnu starostlivosť rastú podľa HDP na pracujúceho,
- Jednotkové náklady na peňažné príspevky rastú podľa HDP na obyvateľa.

2. Scenár nákladovosti podľa indexu rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť

- Jednotkové náklady na formálnu starostlivosť skôr rastú s vekom prijímateľa a líšia sa podľa pohlavia,
- Ostatné predpoklady ako v ZS.

3. Scenár nákladovosti podľa priemeru nových členských krajín EÚ ako % HDP na obyvateľa

- Jednotkové náklady na formálnu starostlivosť skôr klesajú s vekom prijímateľa a líšia sa podľa pohlavia,
- Ostatné predpoklady ako v ZS.

4. Scenár vývoja nákladov podľa rastu priemernej mzdy

- Jednotkové náklady na starostlivosť rastú podľa vývoja priemernej mzdy³⁶,
- Ostatné predpoklady ako v ZS.

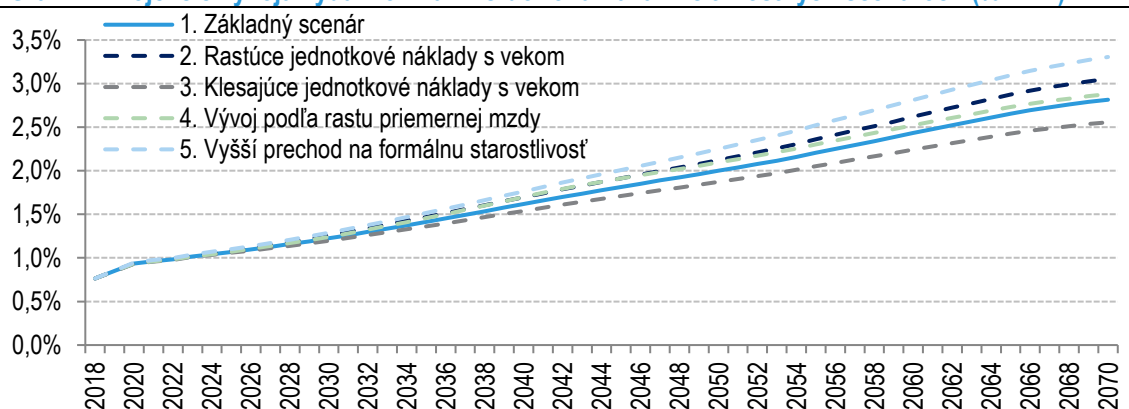
5. Scenár zvyšovania pokrytia odkázaných osôb formálnou starostlivosťou

- V dôsledku postupného poklesu počtu osôb v produktívnom veku, ktorí sú schopní poskytovať starostlivosť odkázaným sa predpokladá nárast pokrytia odkázaných osôb formálnou starostlivosťou - konverguje na úroveň 60 % oproti takmer 50 % (ako je v ZS),
- Ostatné predpoklady ako v ZS.

Predpoklad rastúcich resp. klesajúcich nákladov s vekom prijímateľa zvýši celkové výdavky v roku 2070 o 0,3 % HDP, resp. ich zníži o 0,2 % HDP. Ak by náklady rástli s vekom prijímateľa a boli rozlíšené podľa pohlavia (scenár 2), celkové výdavky by dosiahli úroveň 3,1 % HDP v roku 2070. Pokles nákladov s vekom prijímateľa (scenár 3) by predstavoval výšku výdavkov v roku 2070 na úrovni 2,6 % HDP. Pri klesajúcich výdavkoch s vekom sú síce staršie kohorty lacnejšie, výdavky na dlhodobú starostlivosť však budú rásť kvôli starnutiu populácie bez ohľadu na vekovo-nákladový profil.

³⁶ Príspevky pre zariadenia sociálnych služieb rastú podľa výšky minimálnej mzdy spred roka, peňažné príspevky rastú podľa výšky minimálnej mzdy v danom roku (tak ako sa realizovalo v posledných rokoch).

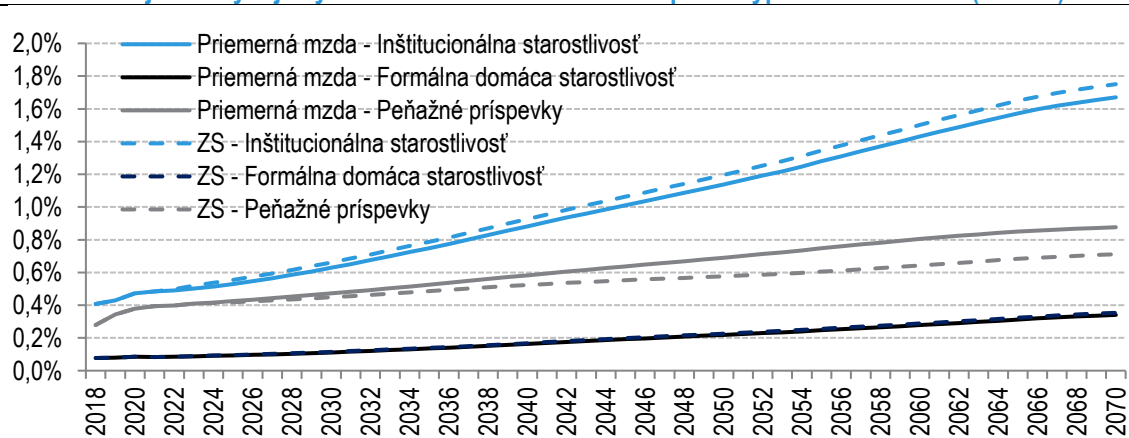
Graf 11: Projekcie vývoja výdavkov na LTC do roku 2070* v citlivostných scenároch (% HDP)



*do roku 2021 rastú výdavky v súlade s mierou skutočného zvyšovania príspevkov, od roku 2022 rastú podľa uvedeného scenára.
Zdroj: vlastné prepočty na základe výkazov poskytovateľov starostlivosti a dávok zdravotných poisťovní

Každoročné zvyšovanie príspevkov na LTC o rast priemernej mzdy by zvýšilo výdavky v roku 2070 o 0,1 % HDP oproti základnému scenáru. Pri zachovaní zvyšovania príspevkov o rast priemernej, resp. minimálnej mzdy (scenár 4), by výdavky predstavovali 2,9 % HDP. Priemerná mzda rastie približne tempom HDP na pracujúceho, výdavky na inštitucionálnu a domácu starostlivosť sa preto výrazne nemenia. Tento scenár má však značný vplyv na výdavky na peňažné príspevky, ktoré vzrastú o takmer 0,2 % HDP. Dôvodom je predpoklad rastu výdavkov o HDP na obyvateľa v základnom scenári, ktoré sa vyvíjajú pomalším tempom.

Graf 12: Projekcie vývoja výdavkov na LTC do roku 2070* podľa typov starostlivosti (% HDP)

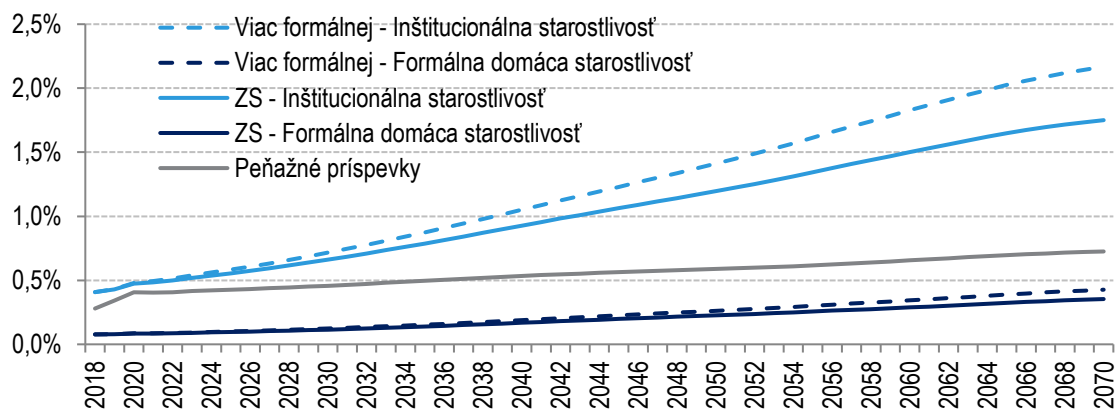


*do roku 2021 rastú výdavky v súlade s mierou skutočného zvyšovania príspevkov, od roku 2022 rastú podľa uvedeného scenára.
ZS – základný scenár

Zdroj: vlastné prepočty na základe výkazov poskytovateľov starostlivosti a dávok zdravotných poisťovní

Ak by starnutie populácie zvýšilo podiel formálnej starostlivosti, výdavky na LTC by v roku 2070 vzrástli o 0,5 % HDP oproti základnému scenáru. Ich celková výška by tak v roku 2070 predstavovala 3,3 % HDP (scenár 5). Starnutie populácie nielenže zvýši počet odkázaných osôb v starších kohortách, ale povedie aj k poklesu počtu osôb v produktívnom veku. V praxi to môže viesť k tomu, že poklesne aj podiel osôb, ktoré sú schopné poskytovať starostlivosť bez kompenzácie štátu nekrytým osobám, resp. v rámci peňažných príspevkov. Dodatočné preskupenie 10 p. b. na formálnu starostlivosť (inštitucionálnu aj domácu) oproti základnému scenáru má tak vcelku značný vplyv na celkové výdavky, a to najmä v rámci inštitucionálnej starostlivosti. Výdavky na peňažné príspevky ostávajú na úrovni základného scenára, keďže preskupovanie nekrytých osôb sa predpokladá len do formálnej starostlivosti.

Graf 13: Projekcie vývoja výdavkov na LTC do roku 2070* podľa typov starostlivosti (% HDP)



*do roku 2021 rastú výdavky v súlade s mierou skutočného zvyšovania príspevkov, od roku 2022 rastú podľa uvedeného scenára. ZS – základný scenár

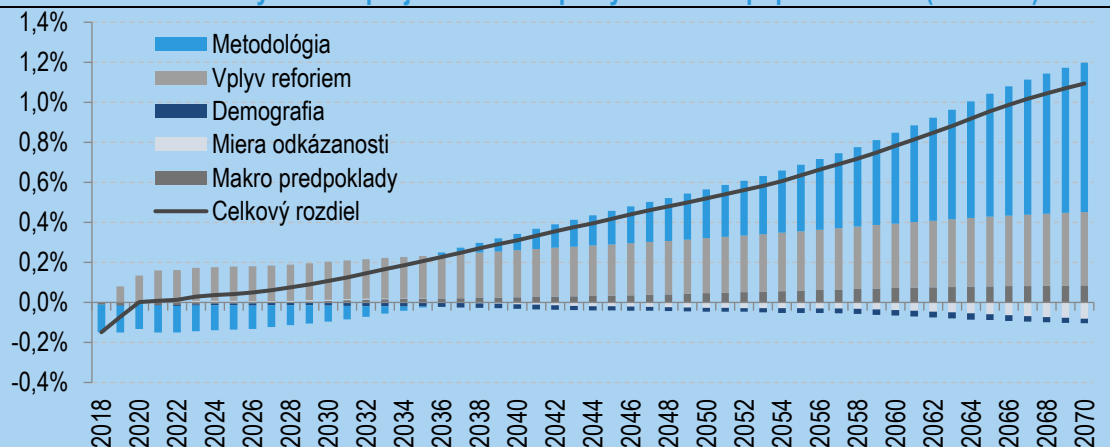
Zdroj: vlastné prepočty na základe výkazov poskytovateľov starostlivosti a dávok zdravotných poisťovní

BOX 5: Porovnanie výsledkov projekcie so Správou o starnutí populácie 2018

Manuál je založený na metodike EK, vychádza však z upravených dát a vlastných scenárov. Vďaka jednoznačnému zedefinovaniu oblasti LTC v súlade s manuálom boli upravené vstupné dáta, na ktorých je projekcia založená. Upravené vstupné dáta zároveň vstupujú do novej Správy o starnutí populácie 2021. Manuál tiež umožňuje oproti EK vytvárať rôzne citlivostné scenáre a vyhodnocovať zmeny politík častejšie³⁷ podľa potreby.

Projekcia IFP zvyšuje výdavky na dlhodobú starostlivosť v roku 2070 oproti projekcii EK z roku 2018³⁸ o 1,1 % HDP. Prudší nárast výdavkov je spôsobený najmä úpravou metodológie (správne zatriedené údaje a konštantné nákladové profily³⁹, Graf 14). Druhým významným faktorom nárastu výdavkov oproti projekcii EK je vplyv reforiem – projekcia IFP do roku 2021 zvyšuje náklady na pacienta podľa skutočne prijatých opatrení⁴⁰.

Graf 14: Porovnanie výsledkov projekcie IFP a Správy o starnutí populácie 2018 (v % HDP)



Zdroj: vlastné prepočty na základe výkazov poskytovateľov starostlivosti a dávok zdravotných poisťovní, Správa o starnutí populácie EK 2018.

³⁷ Správa o starnutí populácie EK je publikovaná každé 3 roky.

³⁸ Projekcie EK uvedené v Správe o starnutí populácie 2018 boli dodatočne upravené z dôvodu zavedenia stropu dôchodkového veku a súvisiaceho poklesu prognózovaného HDP. Aktualizované výdavky na dlhodobú starostlivosť tak podľa upravených predpokladov mali podľa projekcie EK z roku 2018 dosiahnuť úroveň 1,7 % HDP v roku 2070.

³⁹ Správa o starnutí populácie EK 2018 uvažovala o vyššom objeme výdavkov vynakladaných na oblasť LTC už v roku 2018, a to z dôvodu nesprávneho zatriedovania údajov a započítania rôznych typov výdavkov. Správa zároveň predpokladala klesajúce nákladové profily s vekom podľa nových členských štátov EÚ.

⁴⁰ Tie neboli v poslednej správe o starnutí populácie EK započítané.

Záver

Starnutie obyvateľstva je výzvou, ktorej bude čeliť Slovensko ako jedna zo súčasne najmladších krajín EÚ. Vysoká miera odkázanosti u starších kohort sa prejaví zvyšovaním počtu odkázaných osôb, čo vytvorí tlak na systém dlhodobej starostlivosti. V súčasných podmienkach na Slovensku dostáva mnoho osôb starostlivosť v inštitúciách alebo sa o nich starajú blízky kompenzovaní peňažnými príspevkami. Pri nezmenenom systéme tak vzrastú výdavky na dlhodobú starostlivosť z 0,8 % v roku 2018 na 2,8 % HDP v roku 2070. Hlavným faktorom rastu výdavkov bude práve starnutie populácie. V roku 2070 bude využívať formálnu starostlivosť 50 % odkázaných, kým v roku 2018 to bolo len 29 % odkázaných. Neistota spojená s obmedzenými dátami a dlhým horizontom projekcie je vyjadrená pomocou citlivostných scenárov. Ak by náklady na formálnu starostlivosť rástli s vekom pacienta, výdavky by mohli v roku 2070 dosiahnuť úroveň až 3,1 % HDP. V prípade klesajúcich nákladov s vekom pacienta sa výdavky odhadujú na úrovni 2,6 % HDP. V dôsledku starnutia populácie bude klesať počet osôb v produktívnom veku, čo môže ovplyvniť dostupnosť neformálnych pracovníkov, ktorí sa starajú o blízkych. Zvýšenie pokrytia odkázaných osôb formálnou starostlivosťou o dodatočných 10 p. b. na 60 % zvýši výdavky až na 3,3 % HDP v roku 2070. Rast dopytu po starostlivosti sa môže v budúcnosti prejavíť tiež vyšším tlakom na rast cien za starostlivosť, čo by dodatočne zvyšovalo výdavky na LTC. Ak by sa postupné zvyšovanie dĺžky dožitia prejavilo neskorším výskytom zdravotných ťažkostí, výdavky by sa naopak mohli znížiť.

Pre presnejšie plánovanie budúcich výdavkov sú nevyhnutné podrobné údaje o poberateľoch služieb dlhodobej starostlivosti vrátane výdavkov s tým súvisiacich, ktoré sú dnes dostupné veľmi obmedzene. Zlepšenie kvality a dostupnosti dát je tiež nevyhnutným predpokladom pre reformu financovania dlhodobej starostlivosti, ktorá je plánovaná. Pomôcť by malo jednoznačné vymedzenie dlhodobej starostlivosti a individualizovaný zber dát. Ten mal byť v prípade sociálnych služieb spustený v rámci nového informačného systému už v roku 2021, čo sa napokon posunulo na rok 2022. Dôležitou súčasťou vykazovania dát by však malo byť tiež prepojenie systémov so zariadeniami zdravotnej starostlivosti. Na základe dostupných dát je potrebné tiež zrealizovať revíziu výdavkov v oblasti dlhodobej starostlivosti. Revízia vyhodnotí aj z hľadiska medzinárodného porovnania, aké opatrenia by mali byť prijímané v kontexte dlhodobej udržateľnosti verejných financií pri zachovaní dostatočnej kvality starostlivosti o odkázaných.

Referencie

- 1) Bahna, M. (2015), "Slovensko: zdravé roky stratené v preklade." Dostupné na: <https://dennikn.sk/80163/slovensko-zdrave-roky-stratene-v-preklade/>.
- 2) Buchelová, B, Fašungová, L., Salomonsová, L., Veselková, M., Vojtechová, B. (2020), "Skvalitňovanie údajov o sociálnych službách." Inštitút sociálnej politiky, MPSVR SR. Dostupné na: https://institutsocialnejpolitiky.sk/wp-content/uploads/2021/01/ISP_2020_Skvalitnovanie_udajov_o_soc_sluzbach.pdf.
- 3) De la Maisonneuve, C., Oliveira Martins, J. (2014), "The future of health and long-term care spending", OECD Journal: Economic Studies, vol. 2014/1, https://doi.org/10.1787/eco_studies-2014-5jz0v44s66nw.
- 4) European Commission (2017), „The 2018 Ageing Report : Underlying Assumptions and Projection Methodologies“. Luxemburg: Publications Office of the European Union. ISBN 978-92-79-64714-7.
- 5) European Commission (2020), „The 2021 Ageing Report : Underlying Assumptions and Projection Methodologies“. Luxemburg: Publications Office of the European Union. ISSN 2443-8014.
- 6) Heger, D., Kolodziej, I. W. K. (2016), „Changes in morbidity over time: Evidence from Europe“, Ruhr Economic Papers 640, RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Ruhr-University Bochum, TU Dortmund University, University of Duisburg-Essen.
- 7) Jenkins, A., F. Rowland, P. Angus and C. Hales (2003), „The Future Supply of Informal Care 2003 to 2013: Alternative Scenarios“, AIHW Cat. No. AGE 32, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, October.
- 8) OECD (2005), „Long-term care for older people“. The OECD Health Project.
- 9) OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), „A System of Health Accounts 2011: Revised edition“, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.
- 10) OECD (2018), „Accounting and mapping of long-term care expenditure under SHA 2011!. Dostupné na: <https://www.oecd.org/health/health-systems/AccountingMappingofLTC.pdf>.
- 11) Pickard, L. (2015), „A growing care gap? The supply of unpaid care for older people by their adult children in England to 2032“. Ageing and Society, 35: 96-123
- 12) Repková, K. (2014), „Odkázanosť na pomoc inej osoby pri sebaobsluže vo verejnej politike – vybrané výskumné otázky“. Inštitút pre výskum práce a rodiny. Dostupné na: https://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2014/Repkova/2286_ciastkova_web.pdf.

Zdroje údajov

Zdrojom údajov pre projekcie výdavkov na dlhodobú starostlivosť sú poskytnuté dáta z Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny, dáta od zdravotných poisťovní a výkazy zbierané Národným centrom zdravotníckych informácií a Štatistickým úradom SR:

- výkazy A01, A20, V07, V10, V11, Z01-12 (NCZI),
- výkaz Soc 1-01 (ŠÚ SR).

Základné definície

Dlhodobá starostlivosť (LTC⁴¹) predstavuje súbor služieb pozostávajúcich z lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti, služieb osobnej starostlivosti a asistenčných služieb, ktorých primárnym cieľom je zmierniť trápenie odkázaných pacientov, resp. zvládnuť zhoršenie ich zdravotného stavu.

Lekárska a ošetrovateľská starostlivosť zahŕňajú preventívne aktivity, ktorých cieľom je zabrániť zhoršeniu dlhodobého zdravotného stavu alebo rehabilitačné činnosti slúžiace na zlepšenie funkčnosti (fyzické cvičenia a pod.). Patria tu preväzovanie rán, podávanie liekov, zdravotné poradenstvo, paliatívna starostlivosť, úľava od bolesti či lekárska diagnostika.

Služby osobnej starostlivosti poskytujú pomoc pri úkonoch sebaobsluhy.

Asistenčné služby sa vzťahujú na pomocné aktivity pri úkonoch starostlivosti o domácnosť.

Úkony sebaobsluhy (ADL⁴²) zahŕňajú stravovanie (podporu pri prijímaní potravy), kúpanie, umývanie, obliekanie, vstávanie z postele a ukladanie do postele, používanie toalety a zvládanie inkontinencie.

Úkony starostlivosti o domácnosť (IADL⁴³) zahŕňajú nakupovanie, pranie, varenie, domáce práce, zvládanie finančnej stránky života či využívanie telefónu.

Zdravotná dlhodobá starostlivosť zahŕňa lekársku a ošetrovateľskú starostlivosť spolu so službami osobnej starostlivosti. Vzťahuje sa teda len na ADL úkony.

Sociálna dlhodobá starostlivosť zahŕňa asistenčné služby - pomoc pri IADL úkonoch.

Služba dlhodobej starostlivosti:

- je poskytovaná odkázanej osobe, ktorá dlhodobo trpí chronickými chorobami s funkčnými alebo kognitívnymi obmedzeniami; odkázaní ľudia vyžadujú služby dlhodobej starostlivosti *nepretržite a opakovane*;
- súvisí s odkázanosťou na dlhodobú starostlivosť – nespadá tu napríklad lekárske ošetrovanie bežného prechladnutia, hoci je poskytnuté odkázanej osobe, môže však zahŕňať jednorazový zásah alebo lekárske ošetrovanie, ktoré je zamerané na chronickú chorobu odkázanej osoby;
- je poskytnutá vo forme transakcie s odplatom. Poskytovanie dlhodobej starostlivosti, ktorej súčasťou nie je finančná odmena, tu nespadá. Zahrnuté sú však peňažné príspevky na starostlivosť pre prijemcov alebo poskytovateľov starostlivosti.

⁴¹ Z angl. Long-term care.

⁴² Z angl. Activities of daily living.

⁴³ Z angl. Instrumental activities of daily living.

Odkázaná osoba vyžaduje pomoc s ADL alebo IADL úkonmi⁴⁴. Odkázanosť musí mať dlhodobý charakter (nepatrí dočasná potreba pomoci, napr. z dôvodu autonehody alebo krátkodobá rehabilitácia). Zvyčajne je u odkázanej osoby potrebná pomoc po dobu aspoň 6 mesiacov bez očakávania úplného zotavenia (resp. do úmrtia v prípade paliatívnej starostlivosti).

Potenciálne tu môžu patriť osoby: staršie s telesným alebo mentálnym znevýhodnením, s demenciou a/alebo Alzheimerovou chorobou⁴⁵, fyzicky a mentálne znevýhodnení dospelí a deti, osoby závislé od návykových látok, s psychickými problémami, nevyliciteľne chorí pacienti a osoby s inými chronickými problémami.

Formálna starostlivosť je poskytovaná profesionálnymi pracovníkmi fungujúcimi na báze kontraktu, ktorí za túto činnosť dostávajú plat (napr. kvalifikovaní ošetrovatelia, sestričky). Služba môže byť poskytovaná v inštitucionálnom alebo domácom prostredí.

Neformálna starostlivosť je poskytovaná osobami, ktorých hlavnou pracovnou činnosťou nie je starostlivosť o iných. Poskytovatelia neformálnej starostlivosti však môžu dostať určitú formu príjmu, či už vo forme transferov alebo priamo od odkázanej osoby. Osoby poskytujúce starostlivosť majú zvyčajne úzke sociálne prepojenie s opatrovanou osobou (rodina, priatelia).

Inštitucionálna starostlivosť zahŕňa služby poskytované osobám s miernymi až ťažkými funkčnými obmedzeniami, ktoré žijú po dobu minimálne 6 mesiacov v prispôbených zariadeniach, v ktorých je dominantnou službou dlhodobá starostlivosť. Oprávnenosť využívať tieto zariadenia je častokrát podmienená určitým stupňom odkázanosti osoby a mierou potrebnej starostlivosti. Patria tu napríklad domovy sociálnych služieb alebo zariadenia opatrovateľskej služby.

Domáca starostlivosť zahŕňa služby poskytované v domácom prostredí odkázanej osoby na dlhodobej báze. Za domáce prostredie môžu byť považované aj zariadenia podporovaného bývania, kde je však stále zaručená miera autonómie v určitých aspektoch súkromného života osoby. Patria tu taktiež služby poskytované na krátkej dennej báze alebo v podobe krátkodobých pobytov, počas ktorej odkázaná osoba dostáva dočasnú starostlivosť, ktorá len dopĺňa domácu starostlivosť.

Peňažné príspevky predstavujú formálne platby, ktoré slúžia na kúpu služby v rámci formálnej dlhodobej starostlivosti alebo sú vyplatené ako podpora príjmu neformálnemu poskytovateľovi dlhodobej starostlivosti. Patria tu napríklad peňažný príspevok na osobnú asistenciu alebo peňažný príspevok na opatrovanie.

Vecné dávky zahŕňajú služby inštitucionálnej a domácej starostlivosti bez peňažných príspevkov. Možno tu zahrnúť formálnu dlhodobú starostlivosť.

⁴⁴ Metodika SHA považuje za odkázanú osobu len takú, ktorá vyžaduje pomoc s ADL úkonmi. V súlade s metodikou EK však manuál rozširuje túto definíciu aj na osoby odkázané na pomoc s IADL úkonmi.

⁴⁵ Je možné, že títo ľudia nevyžadujú fyzickú pomoc s ADL úkonmi. Potrebujú však dohľad z dôvodu straty kognitívnych zručností (môžu sa dostať do nebezpečnej situácie – nevyplnú spotrebiče v domácnosti a pod.).

Prílohy

Príloha 1: Klasifikácia funkcie dlhodobej starostlivosti podľa metodiky EK, resp. SHA

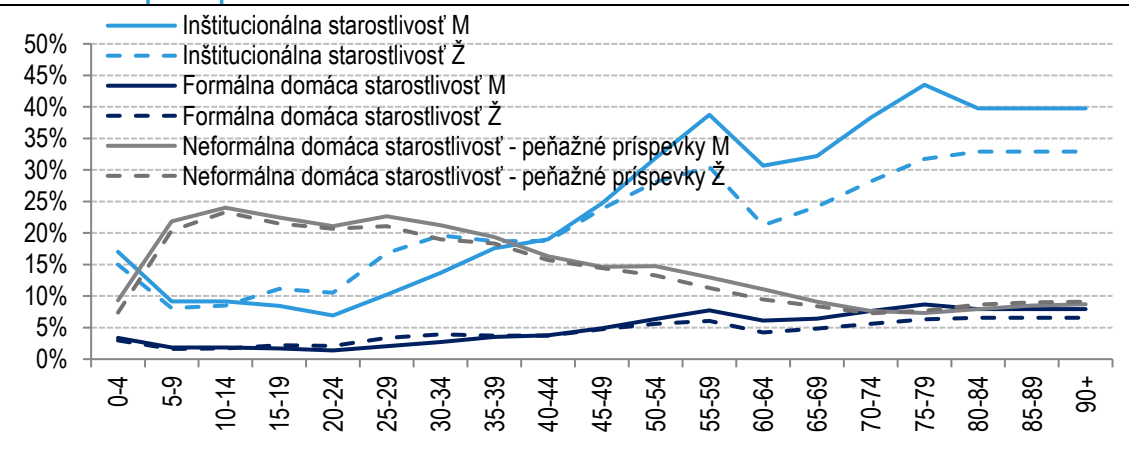
Funkcia	Typ starostlivosti	Popis
HC.3 Dlhodobá zdravotná starostlivosť		Lekárska alebo ošetrovateľská starostlivosť (napr. obväzovanie rán a podávanie liekov). Môže zahŕňať preventívne činnosti na zabránenie zhoršenia dlhodobého zdravotného stavu alebo rehabilitačné činnosti na zlepšenie funkčnosti. Služby osobnej starostlivosti, ktoré poskytujú pomoc pri ADL úkonoch.
HC.3.1 Ústavná dlhodobá starostlivosť	Inštitucionálna	Zdravotné služby poskytované v pobytových zariadeniach (napr. nemocnice, zariadenia pre seniorov, domovy sociálnych služieb), kde sú prenocovanie a lekársky dohľad nevyhnutnou súčasťou.
HC.3.2 Denná dlhodobá starostlivosť	Inštitucionálna	Plánovaná dlhodobá starostlivosť v zariadeniach bez využitia ubytovacích služieb. Odkázané osoby trávajú v týchto zariadeniach len nejakú časť dňa (napr. denný stacionár). Starostlivosť však môže byť poskytovaná aj v noci (napr. pacientom s poruchami spánku).
HC.3.3 Ambulantná dlhodobá starostlivosť	Domáca	Služby dlhodobej starostlivosti, ktorých účelom je sledovanie narušeného zdravotného stavu a súvisiacich ťažkostí. Odkázaná osoba môže vyžadovať pravidelnú kontrolu a sledovanie vývoja zdravotného stavu vrátane dávkovania liekov (napr. v ambulanciách).
HC.3.4 Domáca dlhodobá starostlivosť	Domáca	Služby dlhodobej starostlivosti poskytované osobám v ich vlastnom domácom prostredí alebo v prispôsobených zariadeniach, ktoré môžu byť považované za domáce prostredie skôr než inštitucionálne (napr. zariadenie podporovaného bývania). Často tu spadajú aj peňažné príspevky .
HCR.1 Dlhodobá sociálna starostlivosť		Služby dlhodobej starostlivosti, ktoré pokrývajú asistenciu pri IADL úkonoch a umožňujú skôr socializáciu odkázaných osôb.
HCR.1.1 Vecné dávky		
HCR.1.2 Peňažné príspevky		

Príloha 2: Predpoklady citlivostných scenárov pre projekcie výdavkov

2. Scenár nákladovosti podľa indexu rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť

- Jednotkové náklady na formálnu starostlivosť
 - rastú s vekom prijímateľa a líšia sa podľa pohlavia,
 - v čase sa vyvíjajú podľa vývoja HDP na pracujúceho (ZS).
- Jednotkové náklady na peňažné príspevky
 - predstavujú skutočné využitie podľa vekových kohort a pohlavia (ZS),
 - v čase sa vyvíjajú podľa vývoja HDP na obyvateľa (ZS).

Graf 15: Nákladové profily poberateľov služieb LTC podľa vekových kohort ako % HDP na obyvateľa za rok 2018 podľa pohlavia – scenár rastúcich nákladov s vekom

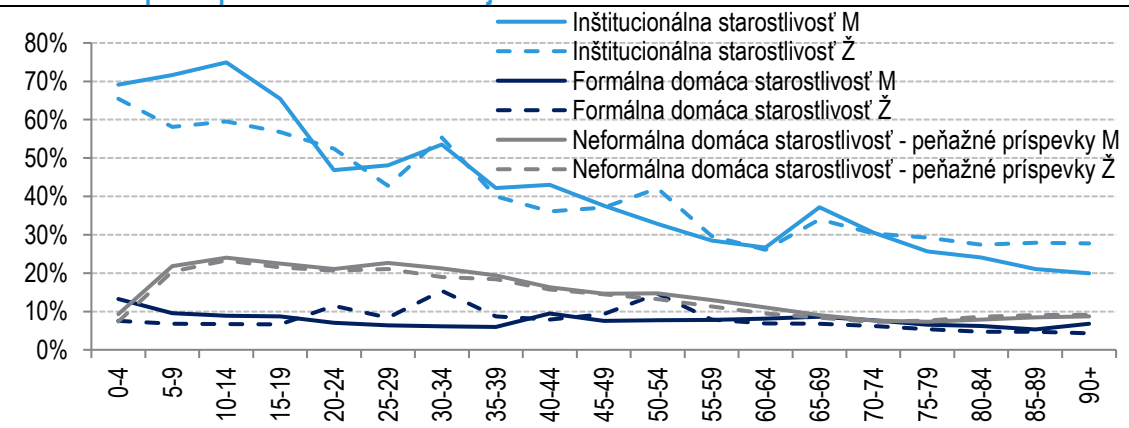


Zdroj: vlastné prepočty na základe výkazov poskytovateľov starostlivosti a dávok zdravotných poisťovní

3. Scenár nákladovosti podľa priemeru nových členských krajín EÚ ako % HDP na obyvateľa

- Jednotkové náklady na formálnu starostlivosť
 - klesajú s vekom prijímateľa a líšia sa podľa pohlavia,
 - v čase sa vyvíjajú podľa vývoja HDP na pracujúceho (ZS).
- Jednotkové náklady na peňažné príspevky
 - predstavujú skutočné využitie podľa vekových kohort a pohlavia (ZS),
 - v čase sa vyvíjajú podľa vývoja HDP na obyvateľa (ZS).

Graf 16: Nákladové profily poberateľov služieb LTC podľa vekových kohort ako % HDP na obyvateľa za rok 2018 podľa pohlavia – scenár klesajúcich nákladov s vekom

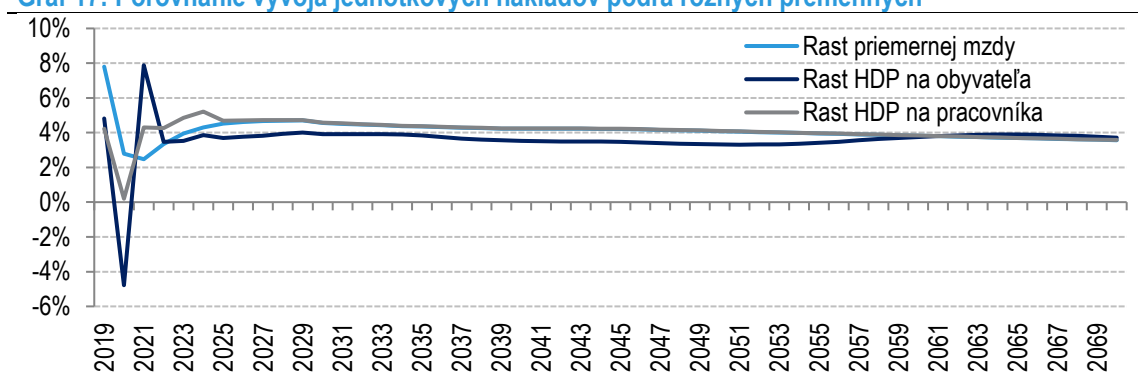


Zdroj: vlastné prepočty na základe výkazov poskytovateľov starostlivosti a dávok zdravotných poisťovní

4. Scenár vývoja nákladov podľa rastu priemernej mzdy

- Jednotkové náklady na formálnu starostlivosť
 - sú rovnaké pre každú vekovú skupinu a pohlavie (ZS),
 - náklady na inštitucionálnu starostlivosť rastú podľa vývoja priemernej mzdy spred roka (ako v skutočnosti),
 - náklady na domácu formálnu starostlivosť rastú podľa vývoja priemernej mzdy v danom roku.
- Jednotkové náklady na peňažné príspevky
 - predstavujú skutočné využitie podľa vekových kohort a pohlavia (ZS),
 - v čase sa vyvíjajú podľa vývoja priemernej mzdy v danom roku (ako v skutočnosti).

Graf 17: Porovnanie vývoja jednotkových nákladov podľa rôznych premenných

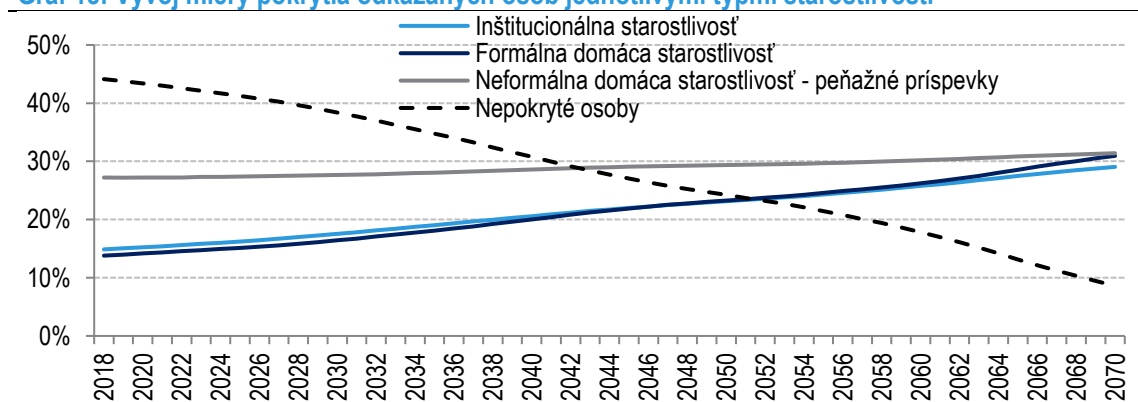


Zdroj: Underlying Assumptions & Projection Methodologies. Správa o starosti populácie 2021.

5. Scenár väčšieho pokrytia odkázaných osôb formálnou starostlivosťou o 10 p. b. oproti základnému scenáru

- Jednotkové náklady na formálnu starostlivosť (ZS)
- Jednotkové náklady na peňažné príspevky (ZS)
- Pokrytie odkázaných osôb formálnou starostlivosťou konverguje na úroveň 60 %, neformálna starostlivosť (vrátane peňažných príspevkov) je poskytovaná v rámci 40 %.

Graf 18: Vývoj miery pokrytia odkázaných osôb jednotlivými typmi starostlivosti



Legenda: Podiel nepokrytých osôb nezahŕňa skutočnosť, že v praxi dochádza k prekrytiu osôb využívajúcich rôzne typy starostlivosti (ide o 3 % poberateľov). Z dôvodu samostatného projektovania vývoja výdavkov podľa typov starostlivosti LTC je tak tento počet osôb zarátaný pri všetkých týkajúcich sa typoch.

Zdroj: vlastné prepočty na základe výkazov poskytovateľov starostlivosti a dávok zdravotných poisťovní

Príloha 3: Metodika spracovania dát pre model

Pre vytvorenie projekcií výdavkov na dlhodobú starostlivosť sú potrebné nasledujúce dáta:

- Počet odkázaných osôb, ktoré vyžadujú pomoc pri ADL alebo IADL činnostiach,
- Počet odkázaných osôb, ktoré dostávajú LTC v inštitúciách, v rámci formálnej domácej starostlivosti a vo forme peňažných príspevkov rozdelených podľa pohlavia do 5 ročných kohort,
- Vyčíslenie prekrývania poberateľov medzi jednotlivými typmi služieb LTC a peňažnými príspevkami,
- Vekovo-nákladové profily prijímateľov pre všetky typy LTC služieb rozdelené podľa pohlavia
- Vyčíslený vplyv reforiem prijatých v oblasti LTC,
- Rozdelenie celkových výdavkov na LTC podľa typov starostlivosti.

Postup spracovania dát:

Počet odkázaných osôb, ktoré vyžadujú pomoc pri ADL alebo IADL činnostiach

Údaje o odkázaných osobách boli získané z výsledkov prieskumu EU SILC dodaných od Štatistického úradu SR (mikrodáta). Na základe údajov boli vytvorené 5-ročné kohorty odzrkadľujúce mieru odkázanosti v populácii podľa pohlavia. Na účel projekcie bol použitý 4-ročný priemer výsledkov (2015-2018), aby sa eliminovala chybovosť, resp. prípadné výkyvy v ukazovateli.

Počet odkázaných osôb, ktoré dostávajú LTC v inštitúciách, v rámci formálnej domácej starostlivosti a vo forme peňažných príspevkov

Údaje o poberateľoch služieb LTC boli získavané z výkazov a následne rozdelené podľa typu služieb. Z jednotlivých výkazov boli čerpané aj celkové výdavky na dané služby s výnimkou zdravotníckych zariadení, kde sa údaje čerpali z dát od zdravotných poisťovní, ktoré sú presnejšie. Pre jednotlivé typy služieb boli použité výkazy nasledovne:

Inštitucionálna starostlivosť: Soc 1-01 (domovy sociálnych služieb pre dospelých, zariadenia pre seniorov, špecializované zariadenia, zariadenia opatrovateľskej služby, domovy sociálnych služieb pre deti, rehabilitačné strediská, denné stacionáre), dáta od zdravotných poisťovní (lôžkový hospic, dlhodobá intenzívna starostlivosť, oddelenie dlhodobo chorých, dom ošetrovateľskej starostlivosti, oddelenie/jednotka paliatívnej medicíny) – alternatívou je použiť výkaz P01.

Formálna domáca starostlivosť: V7/V10 (tlmočnická služba, sprostredkovanie tlmočnickej služby, sprostredkovanie osobnej asistencie, podpora samostatného bývania, požíčovanie pomôcok), V11 (opatrovateľská služba, odľahčovacia služba), A01 (ambulancia paliatívnej medicíny, ambulancia dlhodobo chorých, mobilný hospic), A20 (agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti), Soc 1-01 (zariadenia podporovaného bývania).

Neformálna domáca starostlivosť – peňažné príspevky: mikrodáta dodané od Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny.

Rozdelenie počtu poberateľov služieb podľa typu starostlivosti a podľa pohlavia do 5 ročných kohort

Po rozdelení služieb LTC v súlade s navrhovanou metodikou (Tabuľka 2) a oddelení peňažných príspevkov boli obmedzené dáta o prijímateľoch služieb z verejných výkazov (citovaných na strane 22) rozdelené do vekových kohort a podľa pohlavia. Metodika rozdeľovania je ilustrovaná na ročnom výkaze o zariadeniach sociálnych služieb a zariadeniach na vykonávanie sociálnoprávnej ochrany a sociálnej kurately Soc 1-01. Výkaz rozdeľuje poberateľov služieb podľa odlišných vekových kohort (Tabuľka 4), než sú potrebné pre model (Tabuľka 5). Postupnosť krokov pri spracovaní dát do vekových kohort bola nasledovná:

1. V prípade, že bolo potrebné rozdeliť menšiu vekovú kohortu do ďalších kohort (napr. kohortu 4-5 do kohort 0-3 a 6-9), rozdelil sa počet poberateľov v rozdeľovanej kohorte adekvátne počtu jednoročných vekových skupín (keďže kohorta 4-5 obsahuje dve jednoročné vekové skupiny, vydelený počet 4 osôb 2 vekovými skupinami). Prislúchajúca časť osôb sa následne pridela vekovým kohortám (ku kohortám 0-3 a 6-9 boli pripočítaní 2 poberatelia služieb). Obdobne bola k vekovej kohorte 15-18 pripočítaná 1/7 z vekovej kohorty 19-25, čo umožnilo vytvoriť kohortu 15-19.
2. Rozdelenie väčších vekových kohort bolo realizované podľa podielu miery odkázanosti vytváraných vekových kohort (EU SILC) na miere odkázanosti väčšej vekovej kohorty. Pre výpočet kohorty 40-44 sa vynásobil počet osôb v kohorte 40-62 (496 osôb) podielom kohorty 40-44 (16 %) na sumárnej miere odkázanosti kohorty 40-62. K tomuto kroku je potrebné mať k dispozícii dáta EU SILC s 5-ročnými vekovými kohortami.
3. Rozdelenie poberateľov podľa pohlavia bolo realizované podľa podielu pohlavia na celkovom počte odkázaných v danej vekovej kohorte v súlade s EU SILC. V rámci tohto kroku je potrebné mať k dispozícii dáta EU SILC s 5-ročnými vekovými kohortami podľa pohlavia.
4. Počet poberateľov danej služby v rámci vekových kohort bol následne pripočítaný k príslušnému typu starostlivosti podľa Tabuľky 2 zohľadňujúc pohlavie.

Obdobne sa postupovalo pri spracovávaní dát z ďalších výkazov. Ak boli podrobnejšie údaje o veku osôb dostupné, postupovalo sa v súlade s vyššie uvedenými bodmi. V prípade, že informácie o veku poberateľov úplne chýbali, bod 1 sa vynechal.

Tabuľka 4: Pôvodné rozdelenie poberateľov dennej dlhodobej starostlivosti podľa veku

Vek	Spolu
0-3	3
4-5	4
6-9	22
10-14	36
15-18	27
19-25	275
26-39	504
40-62	496
63-74	1518
75-79	845
80-84	547
85-89	267
nad 90 rokov	76

Tabuľka 5: Výsledné rozdelenie poberateľov dennej dlhodobej starostlivosti podľa veku

Vek	Muži	Ženy	Spolu
0_4	3	2	5
5_9	14	10	24
10_14	20	16	36
15_19	38	29	66
20_24	119	78	196
25_29	72	74	146
30_34	109	68	177
35_39	115	106	220
40_44	41	37	78
45_49	65	54	119
50_54	44	59	103
55_59	101	94	195
60_64	156	213	369
65_69	199	281	480
70_74	309	360	669
75_79	321	524	845
80_84	182	365	547
85_89	70	197	267
nad 90 rokov	18	58	76

Vyčíslenie prekrývania poberateľov medzi jednotlivými typmi služieb LTC a peňažnými príspevkami

Keďže dostupné dáta neumožňujú sledovať prekrývanie poberateľov/prijímateľov medzi jednotlivými typmi sociálnych služieb ani prekrývanie medzi zdravotnými a sociálnymi službami, vyčíslené prekrývanie bolo realizované na základe konzultácií s poskytovateľmi služieb. Pri zdravotníckych zariadeniach boli z výkazu o Hlásení o prijatí do ústavnej starostlivosti (Z 1-12) prebraté dáta o počte prepustených pacientov do zariadení sociálnej starostlivosti, ktoré boli upravené o počet poberateľov služieb podľa výkazu P-01. Treba však podotknúť, že ani tento proces plne nezachytáva prekrývanie osôb, najmä v prípade inštitucionálnej starostlivosti, kde môžu hospitalizovaní poberať okrem iného napríklad peňažné príspevky alebo domácu opatrovateľskú službu. Rovnako ani dáta o hospitalizáciách z výkazu Z 1-12 neumožňujú úplne identifikovať prekrývanie v rámci inštitucionálnej starostlivosti, keďže klienti zariadení sociálnych služieb, ktorí sú prijatí na hospitalizáciu zo zariadenia a sú prepustení naspäť do zariadenia nie sú zachytení v ukazovateli „prepustení do zariadenia sociálnych služieb“.

Prijaté predpoklady o prekrývaní boli nasledovné:

- 10 % poberateľov služby agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti poberá zároveň aj opatrovateľskú službu,
- 30 % poberateľov služby agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti poberá zároveň aj peňažný príspevok na opatrovanie,
- Poberatelia odľahčovacej služby, služby požičiavania pomôcok, sprostredkovania tlmočnickej služby a osobnej asistencie neboli medzi poberateľov služieb započítaní, keďže sa predpokladá, že sú už započítaní v inom type služby/príspevku.
- 9 % hospitalizovaných osôb v zdravotníckych zariadeniach bolo prepustených do zariadení sociálnych služieb v rámci inštitucionálnej starostlivosti.

Vyčíslený vplyv reforiem prijatých v oblasti LTC

Vekovo-nákladové profily vytvorené na základe dát z roku 2018 boli do roku 2021 zvýšené v súlade s reálne prijatými opatreniami v oblasti k LTC k marcu 2021, aby model pracoval s čo najaktuálnejšími dátami. V oblasti LTC boli prijímané opatrenia s vplyvom na výdavky pri peňažných príspevkoch a príspevku pre zariadenia sociálnych služieb (Box 3). Pri výpočte vplyvov opatrení sa vychádzalo z počtu poberateľov z roku 2018 dodaných v rámci medzirezortného pripomienkovacieho konania, kde bol vyčíslený vplyv opatrení. Každé ďalšie zvýšenie príspevku/výdavkov bolo adekvátne pripočítané k nákladom na osobu v súlade s percentuálnym nárastom celkových výdavkov oproti predchádzajúcemu roku. Počet poberateľov ostal konštantný, aby sa eliminoval vplyv medzročného zvyšovania poberateľov.