



Inštitút pre výskum
práce a rodiny

Možnosť zavedenia poistenia v odkázanosti na pomoc inej osoby - analytické východiská

Kvetoslava Repková (ed.)

Bratislava, 2019

Výskumná úloha

*Možnosť zavedenia poistenia v odkázanosti na pomoc inej osoby – analytické východiská
(Considerations on introducing of the care-dependency insurance – analytical backgrounds)*

Zadávatel' úlohy

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR, sekcia sociálneho poistenia a dôchodkového sporenia

Autorka (editorka)

prof. PhDr. Kvetoslava Repková, CSc.

Uloženie výstupu

© Inštitút pre výskum práce a rodiny, Župné nám. 5-6, 812 41 Bratislava

Rozsah: 4,4 AH

Anotácia

V súlade so záväzkom vyplývajúcim z Národného programu aktívneho starnutia na roky 2014-2020 bol spracovaný východiskový analytický materiál zameraný na možnosti zavedenia sociálneho poistenia osobitnej sociálnej udalosti v živote človeka – odkázanosti na pomoc inej osoby. Boli analyzované nástroje súčasnej národnej politiky zamerané na podporu osôb odkázaných na pomoc inej osoby; ďalej systémy vybraných európskych a mimoeurópskych krajín zameraných na politiku dlhodobej starostlivosti o odkázané osoby. Osobitná pozornosť bola venovaná nemeckému systému poistenia v odkázanosti na pomoc inej osoby. Jadro materiálu tvoria prvotné kvantifikácie možného zavedenia poistenia v odkázanosti na pomoc inej osoby v národných podmienkach - jeho východiskové parametre, kvantifikácia príjmov, kvantifikácia výdavkov, bilancia navrhovaného systému s výhľadom do roku 2070. V závere sú identifikované rizikové aspekty kvantifikácie a celkovej úvahy zavedenia systému poistenia v odkázanosti na pomoc inej osoby v kontexte systémovej podstaty sociálneho poistenia ako takého a demografického vývoja slovenskej spoločnosti. Analytický materiál bol spracovaný participatívnym spôsobom ako výsledok činnosti expertnej pracovnej skupiny zloženej zo všetkých kľúčových aktérov angažovaných v otázkach pomoci jednotlivcom odkázaným na pomoc inej osoby na Slovensku.

Kľúčové slová

Verejná politika; odkázanosť na pomoc inej osoby; zdravotné postihnutie; poistenie; redistribúcia; kvantifikácia

Summary

In accordance with the National Program on Active Ageing for 2014-2020, an initial analytical study was conducted aimed at potential introducing of the care insurance in Slovakia. The

current national policy measures aimed at supporting the care dependent persons as well as systems of selected European and non-European countries, were presented. Particular attention was paid to the care insurance system in Germany. Preliminary proposal for care insurance in Slovakia for years 2022 - 2070 has been presented. The draft builds upon some starting parameters and calculations of revenues and expenditures and a global balance of its potential introduction into a practice since 2022 is described. Finally, some critical aspects of the proposal have been identified to reflect the nature of the social insurance system, as well as the need for the sustainability of public resources in the context of demographic trends. A participatory approach was used to prepare the material, as representatives of all relevant stakeholders participated in the activities of the established expert working group.

Key words

Public policy; care-dependency; disability; insurance; redistribution; calculations; expert working group

Obsah

Manažérske zhrnutie	4
Úvod.....	6
1 Spoločenský a odborný kontext problematiky	8
1.1 Odkázanosť na pomoc inej osoby ako životná skúsenosť – terminologické východiská	8
1.2 OPIO ako sociálna udalosť a predmet verejnej politiky	11
1.2.1 OPIO ako predmet verejnej politiky - všeobecne	11
1.2.2 Prevalencia OPIO v populácii (všeobecne).....	11
1.3 OPIO v kontexte súčasnej sociálnej politiky Slovenska	12
1.3.1 Východisková terminológia	12
1.3.2 OPIO sociálna politika v podmienkach Slovenska	12
1.3.3 Prevalencia OPIO v slovenskej populácii	16
1.3.4 Riziká súčasnej OPIO verejnej politiky v podmienkach Slovenska	16
1.3.5 Sumarizácia východísk pre zavedenie OPIO poistenia.....	21
2 OPIO vo verejných politikách vybraných (európskych) krajín - typológia a základné charakteristiky	23
2.1 OPIO verejné politiky založené na redistribúcii verejných zdrojov (nepríspevkový OPIO systém)	23
2.2 OPIO verejné politiky založené na poistení (príspevkový OPIO systém).....	24
3 Východiskové parametre a prvotné výpočty potenciálneho zavedenia OPIO poistenia v národných podmienkach	25
3.1 Východiskové parametre pre prvotné výpočty OPIO-P.....	25
3.2 Výsledky kvantifikácií k možnosti zavedenia OPIO-P.....	26
3.2.1 Kvantifikácia príjmov	26
3.2.2 Kvantifikácia výdavkov	27
3.2.3 Bilancia navrhovaného systému OPIO-P	30
3.2.4 Rizikové miesta kvantifikácie a otázky na ďalšiu diskusiu	30
4 Záverečné zhrnutie	33
Referencie.....	35
Príloha A: Príjmy a výdavky na vybrané OPIO intervencie	38
Príloha B: OPIO verejné politiky vo vybraných krajinách – bližšie informácie	41
Príloha C: Východiskové parametre pre výpočty OPIO poistenia: diskusia aktérov EPS-APO	60
Príloha D: Priemerná suma, počet novopriznaných poberateľov OPIO-P dávky a ich úbytky.....	64
Príloha E: Odhad ročných výdavkov na nový typ príspevku pre osoby odkázané na pomoc inej osoby (OPIO)	68

Manažérske zhrnutie

Predmet a organizačné zabezpečenie analytických prác

- Predmetom dokumentu je analýza východísk a možností zavedenia sociálneho poistenia zameraného na financovanie výdavkov odkázanosti osôb rozličného veku na pomoc inej osoby (ďalej len „OPIO-P“) v národných podmienkach, k čomu sa vláda SR zaviazala v jednom z cieľov a opatrení Národného programu aktívneho starnutia na roky 2014-2020.
- Pre účely spracovania analytického materiálu bola ustanovená expertná pracovná skupina (ďalej len „EPS-APO“) zastupujúca všetkých kľúčových aktérov zainteresovaných v otázkach zameraných na verejné politiky pre odkázané osoby.
- Pri svojej práci sa EPS-APO zamerala na analýzu súčasnej národnej politiky riešenia odkázanosti na pomoc inej osoby (na dosiahnutý pokrok, ale aj riziká do budúcnosti, najmä v kontexte demografického vývoja).
- EPS-APO sa opierala aj o skúsenosti iných vybraných krajín pri riešení otázok organizácie a financovania verejných politík pre odkázané osoby (osobitne o systém poistenia na odkázanosť v Spolkovej republike Nemecko).
- Boli realizované prvotné kalkulácie zavedenia potenciálneho systému OPIO-P od roku 2022, vrátane identifikácie ich rizikových aspektov.

Kľúčové závery expertnej pracovnej skupiny

- Analytické práce potvrdili potrebu viaczdrojového financovania politík zameraných na odkázané osoby tak, aby sa zabezpečila ich udržateľnosť v kontexte demografického vývoja a postupného nárastu cieľovej skupiny týchto politík; pri akejkoľvek kombinácii verejných zdrojov (zdroje štátneho rozpočtu, samosprávne zdroje) sa ukazuje ako nevyhnutná aj spoluúčasť samotných odkázaných osôb, príp. ich rodín.
- Financovanie by sa malo zamerať na všetky aspekty poskytovaných služieb pre odkázané osoby – na financovanie osobnej starostlivosti o odkázané osoby (neformálni opatrovatelia, personál formálnych poskytovateľov), zdravotno-ošetrovateľskej starostlivosti o odkázané osoby poskytovanej v rozličných prostrediach (v domácnosti, v ambulantnej starostlivosti či v zdravotníckom pobytovom zariadení), technickej pomoci (napr. pomôcok a technických zariadení pre odkázané osoby) či prevádzkových nákladov formálnych poskytovateľov.
- Na základe vykonaných analytických prác a opakovaných diskusií **sa EPS-APO v súčasnosti neprikláňa k zavedeniu OPIO-P**, najmä z dôvodu podstaty systému sociálneho poistenia založeného predovšetkým na princípe zásluhovosti, ktorý by v prípade OPIO-P nemohol byť primárne uplatnený.

Odporúčania externej pracovnej skupiny

- Prijatť nadrezortnú stratégiu dlhodobej starostlivosti o OPIO osoby (akúsi národnú doktrínu zabezpečovania dlhodobej starostlivosti), ktorá by integrovala úsilie a povinnosti všetkých

aktérov ako základu pre prijímanie a realizáciu riešení udržateľných v kontexte súčasného, no najmä budúceho vývoja starnúcej spoločnosti.

- Vykonať analýzu možných alternatív financovania všetkých uvedených aspektov dlhodobej starostlivosti a možností ich súbehov, v závislosti od poskytovaného druhu OPIO intervencie (služby alebo dávkovej schémy).
- Zabezpečiť dostupnosť všetkých potrebných údajov, ktoré umožnia porovnať jednotlivé alternatívy, ich výhodnosť a riziká z hľadiska záujmu o trvalo udržateľný systém financovania opatrení dlhodobej starostlivosti v súlade s ľudsko-právnymi záväzkami SR v tejto oblasti.

Úvod

V roku 2013 schválila vláda SR dokument pod názvom „**Národný program aktívneho starnutia na roky 2014-2020**“ (MPSVR SR, 2014). V rámci výziev v oblasti dôchodkového zabezpečenia (časť 7.3 dokumentu) sa v celi 10 zaviazala „*zanalyzovať možnosti zavedenia poistenia v odkázanosti na pomoc inej osoby*“. Reagovalo sa tým na trendy demografického vývoja spoločnosti či na štrukturálne zmeny v zabezpečovaní starostlivosti o osoby odkázané na pomoc inej osoby (najmä v rámci rodiny, ale aj v neformálnych sieťach, či vo formálnom sektore služieb dlhodobej starostlivosti). Rovnako na ľudsko-právne aspekty uspokojovania potrieb tejto cieľovej skupiny, všetko v kontexte potreby zavedenia udržateľného systému financovania politiky dlhodobej starostlivosti o odkázané osoby (Repková, 2014), a to aj cestou jej viaczdrojového financovania.

Zabezpečením východiskovej analýzy bolo poverené Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR (ďalej len „MPSVR SR“). Na základe výsledkov predbežných rokovaní medzi sekciou sociálneho poistenia a dôchodkového sporenia MPSVR SR a Inštitútom pre výskum práce a rodiny (ďalej len „IVPR“) zorganizovaných ku koncu roka 2018 sa dohodlo, že príprava analýzy sa zabezpečí v rámci realizácie úloh Kontraktu medzi MPSVR SR a IVPR na rok 2019.

V záujme aplikovať pri formulovaní analytických východísk *participatívny prístup*¹, mobilizovať rôznorodú expertízu a očakávania kľúčových aktérov, a teda, dospieť k čo možno najkonsenzuálnejším východiskám pre ďalší postup, v januári 2019 bola zriadená *expertná pracovná skupina pre prípravu analýzy možností zavedenia poistenia v odkázanosti na pomoc inej osoby* (ďalej len „EPS-APO“). Štatút EPS-APO tvorí prílohu A tohto materiálu.

Cieľom analytického materiálu je vytvoriť systematizovanú sústavu poznatkov k problematike riešenia odkázanosti na pomoc inej osoby ako predmetu verejnej politiky a ako základu pre ďalšie rozhodovanie MPSVR SR v otázke možného zavedenia *poistenia v odkázanosti na pomoc inej osoby* v súlade s politikou založenou na dôkazoch (evidence-based policy). *Predmetom* materiálu je analýza existujúcich domácich a zahraničných poznatkov relevantných k výpočtom možných alternatív poistenia v odkázanosti. Analýza, vrátane alternatív, je formulovaná na základe diskusie aktérov angažovaných v tejto oblasti a v jej budúcom možnom riešení.

Materiál je *štrukturovaný* do štyroch častí. V **prvej časti** je predstavený širší spoločenský a odborný kontext problematiky odkázanosti na pomoc inej osoby, vrátane jej súčasného riešenia vo verejnej politike Slovenska a jeho potenciálnych rizík do budúcnosti. **Druhá časť** ponúka základný typologický prehľad verejných politík v odkázanosti na pomoc inej osoby vybraných európskych krajín, s osobitným dôrazom na systém poistenia v odkázanosti v Nemecku, s odkazom na rozsiahlu prílohu B poskytujúcu podrobnejšie informácie v tejto oblasti. Na základe úvodných dvoch častí sú v **tretej časti** materiálu predstavené výsledky

¹ Takýto strategický postup vychádza z dokumentu „*Akčný plán Iniciatívy pre otvorené vládnutie v Slovenskej republike na roky 2017-2019*“, jeho záväzkov formulovaných v rámci kapitoly „Vláda otvorená pre dialóg“ a jej aktivít zameraných na „Participáciu na tvorbe verejných politík“ (bod 3.1 dokumentu) (ÚSV SR ROS, 2017).

výpočtov zameraných na možnosti zavedenia poistenia v odkázanosti na pomoc inej osoby v národných podmienkach, vrátane identifikácie otvorených otázok a rizikových miest realizovanej analýzy a kvantifikácie, ktoré vzišli zo širšieho odborného diskurzu k výsledkom analytických prác prebiehajúceho ku koncu roka 2019. Napokon, v **záverečnej časti** sú zosumarizované odborné závery k analytickým prácam.

Materiál nadväzuje na viaceré dostupné dokumenty a štúdie, ktoré boli v ostatných rokoch publikované k problematike prevalencie odkázanosti na pomoc inej osoby v slovenskej populácii či organizácie a financovania verejnej politiky v tejto oblasti². Preto najmä úvodné časti materiálu skôr sumarizujú doterajšie poznanie a ponúkajú ho ako nevyhnutný základ pre spracovanie prvotných kvantifikácií poistenia v odkázanosti na pomoc inej osoby a diskusie k nim. Jej obsah zachytávajú najmä záverečné časti analytického materiálu. Keďže ide o prvotné otvorenie širšej odbornej diskusie k otázkam možného zavedenia odkázanosti na pomoc inej osoby v národných podmienkach, záujmom aktérov bolo zachytiť v materiáli rôznorodosť ich odborných postojov k tejto problematike. Zároveň, poukázať na jej zložitosť a spoločenskú zodpovednosť za prípravu podkladov k tak závažnému sociálno-politickému rozhodnutiu zasahujúcemu celkový systém sociálnej ochrany ľudí.

² Napr. Repková, K. (2010). *Podpora neformálne opatrovujúcich osôb – odporúčania pre sociálno-politickú prax (časť: Financovanie dlhodobej starostlivosti – prieskum verejnej mienky)*; Repková, K. (2014). *Odkázanosť na pomoc inej osoby vo verejnej politike – vybrané výskumné otázky*; Máteľ, A., Ondrejková, M. a Šimová, N. (2017). *Návrhy systémového zabezpečenia opatrovateľskej služby a komparácia poznatkov cezhraničnej spolupráce v rámci národného projektu Podpora opatrovateľskej služby*; Ďurana, R. (2017). *Ako určiť cenu sociálnej služby?*

1 Spoločenský a odborný kontext problematiky

1.1 Odkázanosť na pomoc inej osoby ako životná skúsenosť – terminologické východiská

V odborných, ani laických kruhoch neexistuje jednotne zdieľané vymedzenie pojmu **odkázanosť na pomoc inej osoby** (ďalej len „**OPIO**“; angl. dependency, care dependency; nem. Pflegebedürftigkeit). Terminologické východiská k rozvoju odbornému diskurzu v tejto oblasti ponúkla v roku 1998 Rada Európy vymedzením OPIO ako „...stavu, kedy potrebuje osoba z dôvodu nedostatku alebo straty fyzickej (telesnej), psychickej alebo mentálnej autonómie výraznú pomoc alebo asistenciu pri vykonávaní bežných denných činností“ (Recommendation, 1998). OECD v roku 2005 špecifikovala **bežné denné činnosti** (angl. activities of daily living, ďalej len „ADL“) ako sebaobslužné aktivity, ktoré musí jedinec vykonávať každý deň, akými sú osobná hygiena, obliekanie, jedenie, líhanie a vstávanie z postele či stoličky, pohybovanie sa, používanie toalety, kontrolovanie vyprázdňovania (OECD, 2005). Takáto personálna pomoc je často poskytovaná v kombinácii so základnými zdravotníckymi službami, akými sú napríklad ošetrovanie rán, manažment bolesti, podávanie liekov, zdravotný monitoring, prevencia, rehabilitácia alebo služby paliatívnej starostlivosti.

Pojem OPIO³ nezahŕňa samozrejme len pomoc pri zabezpečovaní ADL. Vzťahujú sa k celému rozsahu sociálnych potrieb ľudí odkázaných na pomoc iných. Döhner, Kofahl (2006) identifikovali vo svojom výskume potreby starších ľudí odkázaných na pomoc nielen v oblasti sebaobsluhy a bežných denných činností, ale aj v oblasti pomoci v domácnosti (domáce práce), emocionálno-psychologickej podpory, pomoci pri pohybe doma i vonku, v oblasti finančného manažmentu, organizácie a manažmentu asistencie iných ľudí, v oblasti zdravotnej starostlivosti či potreby finančnej pomoci. Niektorí autori, napr. Huber et al. (2009), v tomto prípade hovoria o tzv. **inštrumentálnych bežných denných činnostiach** (angl. instrumental activities of daily living, ďalej len IADL). OECD služby starostlivosti zamerané na oblasť udržiavania domácnosti a domácich prác, prípravy jedla, na pomoc pri premiestňovaní (transporte) a pri sociálnych aktivitách označuje ako **sociálnu starostlivosť nižšej úrovne** (angl. lower-level social care).

OPIO ako životná skúsenosť spojená so subjektívnym hodnotením obmedzení pri vykonávaní ADL, príp. IADL z dôvodu zdravotného postihnutia alebo dlhodobu nepriaznivého zdravotného stavu, sa môže týkať všetkých vekových skupín. S vekom však spravidla v živote človeka rastie, najmä v kontexte výskytu viacnásobných zdravotných problémov. Ku skúmaniu prevalencie tejto životnej skúsenosti v jednotlivých fázach životného cyklu slúžia napr. monitorovacie systémy *EHIS (Európske zisťovanie o zdraví)* a *EU-SILC (EU Štatistické zisťovanie o príjmoch a životných podmienkach domácností)*. Oba konsolidované európske monitorings kladú respondentom/respondentkám prakticky tie isté otázky týkajúce sa subjektívneho hodnotenia

³ S týmto pojmom sa v odbornej literatúre často spája aj pojem „dlhodobá starostlivosť“ (angl. long-term care; nem. langfristige Pflege), ktorý však doposiaľ nemá v podmienkach Slovenska legislatívnu oporu a vymedzenie.

zdravia a prítomnosti chronických ochorení, ktoré ich obmedzujú (čiastočne alebo výrazne) pri vykonávaní ADL/IADL.

Na základe subjektívne uvádzanej prítomnosti OPIO sa v rámci komparatívnych európskych zisťovaní odvodzuje v jednotlivých krajinách aj prevalencia zdravotného postihnutia (disability) v populácii osôb 16+. V tabuľke sú uvedené vybrané zistenia v tejto oblasti získané na základe monitoringu EU-SILC.

Tabuľka1: Vybrané zistenia k priemernej prevalencii OPIO (zdravotného postihnutia) vo vybraných krajinách EU v roku 2016 (uvádzané ako % pre vekovú skupinu 16+)

Krajina	EU	CZ, PL, HU (zvyšné krajiny V4)	SR
% OPIO osôb (osôb so zdravotným postihnutím 16+)	24,1	25,0	29,4
% OPIO osôb s miernym obmedzením vykonávania ADL/IADL	16,6	18,3	21,1
% OPIO osôb s výrazným obmedzením vykonávania ADL/IADL	7,5	6,7	8,4
%OPIO osôb 16-64	17,0	16,6	20,2
%OPIO osôb 65+	47,5	53,2	72,3

Zdroj: Grammenos (2018)

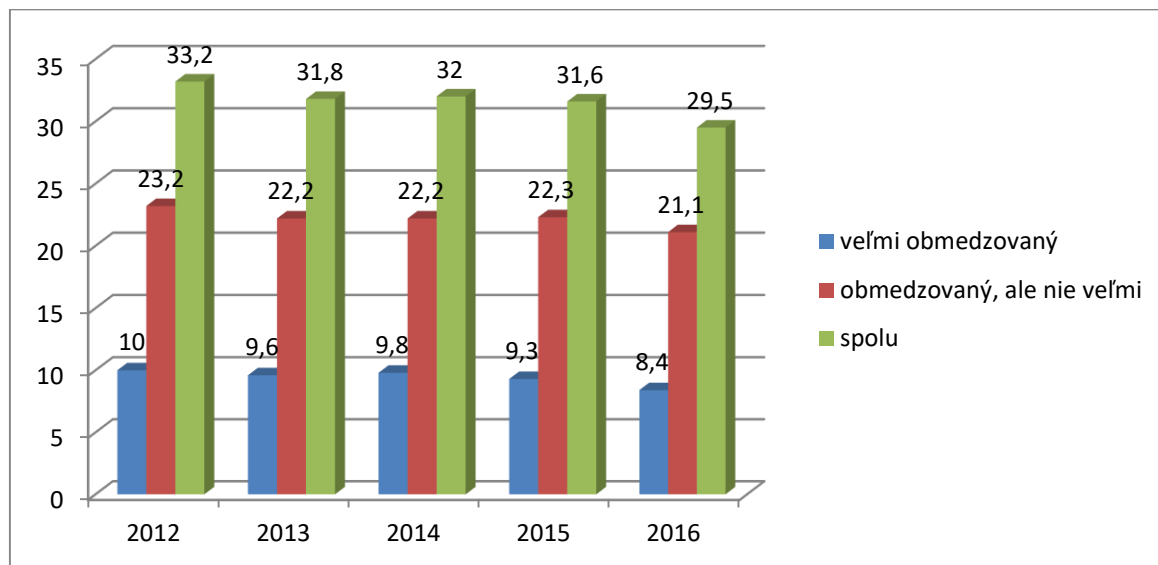
Vo všetkých sledovaných ukazovateľoch bol výskyt subjektívne uvádzanej prítomnosti OPIO (zdravotného postihnutia) v roku 2016 na Slovensku vyšší ako priemerne v krajinách EU (24,1% priemerne v EÚ v porovnaní s 29,4% v SR⁴), či v ostatných krajinách V4, kde dosahoval priemernú hodnotu 25%. Na porovnanie, EU krajinami s najnižšou prevalenciou OPIO v populácii 16+ boli v roku 2016 Švédsko (12,6%), Malta (12,9%), Cyprus (16%), Belgicko (16,2%) a Írsko (16,5%). Tieto krajiny dosahovali najpriaznivejšie výsledky aj v iných sledovaných parametroch.

V podmienkach Slovenska si osobitnú pozornosť zasluhuje výskyt OPIO v skupine osôb 65-ročných a starších, kde bola v roku 2016 zaznamenaná prevalencia v rozsahu viac ako 72%, v porovnaní so 47,5% priemerne v krajinách EU a 53,2% priemerne vo zvyšných krajinách V4. Vyššia hodnota bola zaznamenaná len v Lotyšsku (72,3%), naopak krajinami s najnižším výskytom OPIO u starších osôb boli Švédsko (20,4%), Malta (33,5%), Írsko (33,7%) a Belgicko (39%).

V ďalších grafoch sú uvedené niektoré doplňujúce zistenia za Slovensko z hľadiska celkového vývoja prevalencie OPIO (zdravotného postihnutia) v populácii 16+ podľa jeho stupňov a vekových skupín v rokoch 2012-2016.

⁴ V zisťovaní EHIS 2014 bola v podmienkach Slovenska zaznamenaná ešte vyššia prevalencia subjektívne uvádzaných ADL obmedzení ako v zisťovaní EU-SILC. Obmedzenia celkovo uvádzalo až 39,2% respondentov/respondentiek, z toho v 11,4% šlo o obmedzenia výrazné a v 27,8% o obmedzenia nie výrazné.

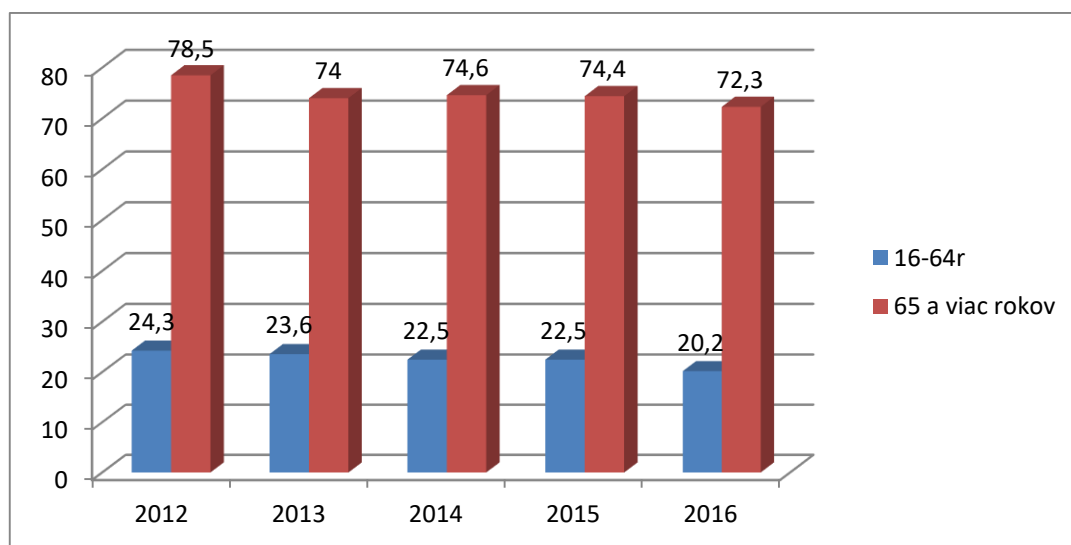
Graf1: Obmedzenia pri vykonávaní bežných denných činností z dôvodu chronického ochorenia alebo dlhotrvajúceho zdravotného problému u osôb 16+ podľa stupňa obmedzenia (EU SILC 2012 - 2016) (v%)



Zdroj: Grammenos, 2018

V priebehu rokov 2012-2016 **približne jedna tretina** respondentov/respondentiek EU-SILC zo Slovenska vo veku 16 rokov a viac uviedla, že z dôvodu chronického ochorenia alebo dlhodobého zdravotného problému mala obmedzenia pri vykonávaní ADL. Viac než dvojnásobne častejšie boli uvádzané nie veľmi výrazné obmedzenia, pričom zistenia sa v priebehu sledovaného obdobia výraznejšie nemenili s indikovaným postupným, aj keď nepatrným poklesom. Podľa EU-SILC aj EHIS bola prevalencia obmedzení vyššia u žien ako mužov.

Graf2: Obmedzenia pri vykonávaní bežných denných činností z dôvodu chronického ochorenia alebo dlhotrvajúceho zdravotného problému u osôb 16 – 64 rokov a osôb 65+ (EU SILC 2012 - 2016) (v%)



Zdroj: Grammenos, 2018

Obmedzenie výkonu ADL z dôvodu chronického ochorenia alebo dlhodobo trvajúceho zdravotného problému uvádzali viac ako **trojnásobne častejšie osoby staršie ako 65-ročné** než osoby v širokej vekovej kategórii 16-64 rokov, čo potvrdzuje významnú prepojenosť OPIO skúsenosti so životným cyklom človeka.

1.2 OPIO ako sociálna udalosť a predmet verejnej politiky

1.2.1 OPIO ako predmet verejnej politiky - všeobecne

OIPO sa stáva **sociálnou udalosťou** vtedy, keď človek s touto životnou skúsenosťou „vstupuje“ do verejného priestoru a kompenzovanie jej nepriaznivých sociálnych dôsledkov sa stáva predmetom verejnej politiky. V takomto prípade sa neuplatňujú len subjektívne hodnotenia prítomnosti OPIO vo vedomí a skúsenosti samotného človeka, ale viaceré objektívne konceptuálne zložky/aspekty/elementy OPIO, ktoré priamo súvisia s právnymi nárokmi na dávky či inú pomoc (Recommendation, 1998):

- *aspekt príčiny* (OPIO vzniká z dôvodu zdravotného postihnutia, choroby alebo úrazu),
- *aspekt efektu* (zdravotné postihnutie, choroba alebo úraz vedú k OIPO najmä pri bežných denných činnostiach, spravidla konkrétne pri mobilitě, osobnej hygiene, príprave a konzumácii stravy, pohybe na posteli a z postele, obliekaní a udržiavaní bielizne a šatstva),
- *aspekt trvania odkázanosti* (OPIO musí trvať určitý špecifický/minimálny čas, nemôže byť krátkodobou záležitosťou spôsobenou napr. akútnym zdravotným problémom).

1.2.2 Prevalencia OPIO v populácii (všeobecne)

Uplatnením objektivizovaných OPIO kritérií sa prevalencia OPIO v populácii spravidla výrazne znižuje voči odhadom vyplývajúcim z uplatnenia subjektívnych kritérií (napr. v rámci EU-SILC či EHIS monitoringu). To, na strane druhej, sťažuje, ba až znemožňuje objektívnejšie stanovenie prevalencie OPIO v populácii, nakoľko sa doposiaľ medzi krajinami, ani vo vnútri sociálnych systémov krajín, neuplatňuje jednotné posudkové kritérium na ustanovenie prítomnosti OPIO u konkrétného človeka. V takejto situácii sa rozsah OPIO populácie v krajine stanovuje len inštrumentálne, t. j. ako celkový počet poberateľov a poberateľiek nejakého centrálného sociálno-politického nástroja/nástrojov určených na pomoc a podporu ľudí v OPIO situácii (napr. dávky alebo služby alebo ich kombinácie). Pre ilustráciu možno uviesť, že v **Nemeckej spolkovej republike** v roku 2017 poberalo **4,1% populácie** plnenie z poistenia na starostlivosť/poistenia v odkázanosti (Pflegestatistik 2018, on-line [22.01.2019]); približne **5% rakúskej populácie** poberalo v roku 2018 príspevok pri odkázanosti (*Pflegegeld*) (Förder Portal, on-line [22.01.2019]); a právnou povahou porovnateľný príspevok (*příspěvek na péči*) poberalo v roku 2017 približne **3,3% českej populácie** (Revue pro sociální politiku a výzkum, on-line [22.01.2019]). Prevalenciu OPIO v národných podmienkach ustanovenú na základe takéhoto postupu budeme špecifikovať v ďalšom texte.

1.3 OPIO v kontexte súčasnej sociálnej politiky Slovenska

1.3.1 Východisková terminológia

Pojem OPIO⁵ sa používa v podmienkach Slovenska v dvoch kľúčových právnych úpravách: a) v zákone č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia (v platnom znení), b) v zákone č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách (v platnom znení). Spôsob posudzovania OPIO je určený v prílohách č. 3 a č. 4 zákona o sociálnych službách, v ktorých sú vymedzené *úkony* spadajúce pod jej posudzovanie: stravovanie a pitný režim; vyprázdňovanie močového mechúra; vyprázdňovanie hrubého čreva; osobná hygiena; celkový kúpeľ; vyzliekanie a obliekanie; zmena polohy, sedenie a státie; pohyb po schodoch; pohyb po rovine; orientácia v prostredí; dodržiavanie liečebného režimu; potreba dohľadu. Všetky uvedené úkony spadajú pod oblasť sebaobsluhy odkázanej osoby⁶, pričom sa predpokladá, že osoba odkázaná na pomoc v oblasti sebaobsluhy bude automaticky odkázaná aj na pomoc v oblasti udržiavania domácnosti či pri vykonávaní sociálnych aktivít.

Pojem OPIO tvorí právny základ pre nepríspevkovú sociálnu dávku v podobe *peňažného príspevku na opatrovanie* poskytovaného podľa zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia, ako aj pre špecifický segment *sociálnych služieb podmienených odkázanosťou* poskytovaných podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách (ide o opatrovateľskú službu, denný stacionár, zariadenie pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby, domov sociálnych služieb, špecializované zariadenie, zariadenie podporovaného bývania, rehabilitačné stredisko). Stojí za osobitnú zmienku, že v zákone o peňažných príspevkoch na kompenzáciu sa pojem OPIO používa dvojakým spôsobom: ako *odkázanosť na opatrovanie* (viazaný na právne nároky v oblasti peňažného príspevku na opatrovanie) a *odkázanosť na osobnú asistenciu* (viazaný na právne nároky v oblasti peňažného príspevku na osobnú asistenciu). Aj keď sa na právne nároky v oblasti osobnej asistencie viaže osobitná príloha zákona určujúca „Zoznam činností na účely určenia rozsahu potrebnej osobnej asistencie“ (príloha č. 4 zákona), v skutočnosti ide o takmer totožnú vecnú podstatu – OPIO človeka pri bežných denných činnostiach a nadväzných činnostiach udržiavania domácnosti a vykonávania sociálnych aktivít.

1.3.2 OPIO sociálna politika v podmienkach Slovenska

V podmienkach Slovenska doposiaľ neexistuje jednotná OPIO sociálna politika integrovaná nejakým spoločným podporným mechanizmom/nástrojom uplatňovaným naprieč právnym úpravám a formám pomoci a podpory. Jediným spojovacím článkom je samotný pojem „OPIO“ ako spoločný posudkový pojem ako pre peňažný príspevok na opatrovanie, tak pre sociálne služby podmienené odkázanosťou. OPIO sa určuje vo viacerých *stupňoch*. Systém hodnotenia odkázanosti a zaraďovania do jej stupňov znázorňuje tabuľka.

⁵ V zákone o sociálnych službách sa presnejšie hovorí o *odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby*

⁶ Aj preto sme na inom mieste pôvodne používali skratku „OPIOS“ (Repková, 2014).

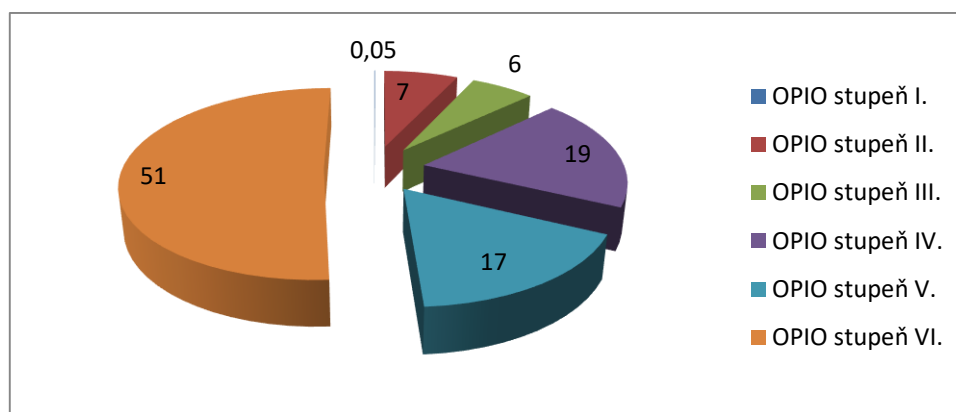
Tabuľka2: Zaradenie do stupňa odkázanosti na základe dosiahnutých bodov a určenie rozsahu odkázanosti

Stupeň odkázanosti	Počet bodov	Priemerný rozsah odkázanosti (hod./deň)	Priemerný rozsah odkázanosti (hod./mesiac)
I.	105 - 120	0	0
II.	85 - 104	2 - 4	60 - 120
III.	65 - 84	4 - 6	120 - 180
IV.	45 - 64	6 - 8	180 - 240
V.	25 - 44	8 - 12	240 - 360
VI.	0 - 24	viac ako 12	viac ako 360

Zdroj: Príloha 4 časť B zákona o sociálnych službách

V závislosti od rozsahu schopnosti fyzickej osoby vykonávať jednotlivé ADL samostatne sa jej priradujú body a sumáru získaných bodov sa následne priraduje počet hodín potrebnej OPIO pomoci zodpovedajúci jednému zo šiestich stupňov OPIO. Pre jednotlivé druhy sociálnych intervencií je určený minimálny OPIO stupeň, ktorý musí byť u konkrétnej osoby objektívne uznaný/prítomný, aby mohla byť poskytnutá požadovaná sociálna služba alebo peňažný príspevok. Pre účely poskytovania niektorej z foriem OPIO intervencie (peňažný príspevok, sociálna služba) sa zohľadňuje iba situácia, kedy má odkázaná osoba uznaný minimálne II. stupeň OPIO. V nasledujúcom grafe je znázornená štruktúra prijímateľov a prijímateľiek OPIO sociálnych služieb podľa jednotlivých OPIO stupňov.

Graf3: Štruktúra prijímateľov a prijímateľiek OPIO sociálnych služieb podľa jednotlivých OPIO stupňov v roku 2017 (v %; N=55 977)



Zdroj: Výkaz ŠÚ SR Soc 1-01 a V (MPSVR SR) 11_1

Až 2/3 osôb (68%, N=38 064), ktorým sa poskytovala v roku 2017 nejaká forma OPIO sociálnej služby, mala uznaný jeden z najvyšších OPIO stupňov (V a VI.). Ak zoberieme do úvahy, že ďalším cca 53 tisíc osobám bol v roku 2017 poskytnutý peňažný príspevok na opatrovanie, ktorý je možné poskytovať len za systematickú starostlivosť o osoby v OPIO stupni V. alebo VI., potom je zrejmé, že OPIO podpora sa v podmienkach Slovenska doposiaľ týkala primárne osôb s najvyššími stupňami odkázanosti na osobnú pomoc niekoho iného (či už neformálnu

alebo formálnu/profesionálnu). Podobne boli OPIO stupne rozložené aj u poberateľov a poberateľiek opatrovateľskej služby poskytovanej neverejnými poskytovateľmi. Z celkovo 3 950 takýchto osôb bolo v roku 2017 vyše 54% (N= 2 139) v OPIO stupni V. alebo VI. (zdroj: V (MPSVR SR) 7-01).

Súčasná OPIO verejná politika je v podmienkach Slovenska **financovaná viaczdrojovo**:

- *zdroje štátneho rozpočtu* (financovanie peňažného príspevku na opatrovanie a peňažného príspevku na osobnú asistenciu prostredníctvom úradov práce, sociálnych vecí a rodiny; poskytovanie finančnej podpory neverejným a „obecným“ poskytovateľom sociálnych služieb v zariadeniach podmienených odkázanosťou z MPSVR SR),
- *zdroje miestnej a regionálnej samosprávy*,
- *vlastné zdroje poskytovateľa sociálnej služby*,
- *platby zdravotných poisťovní za ošetrovateľské úkony*,
- *úhrady prijímateľov a prijímateľiek sociálnych služieb*,
- *iné zdroje* (napr. dary, príjmy zo sociálneho podniku, výsledky hospodárenia).

V roku 2017 pochádzali celkové príjmy *OPIO zariadení sociálnych služieb* predstavujúce spolu takmer 427 mil. EUR najmä z rozpočtov samosprávnych krajov (cca 39%), z úhrad za poskytované sociálne služby (34%) a z príspevku MPSVR SR (cca 17%). Zvyšok tvorili zdroje z rozpočtov obcí a zo zdravotných poisťovní. Čo sa týka príjmov *opatrovateľskej služby* (v roku 2017 predstavovali celkovo takmer 44 mil. EUR), tieto boli tvorené najmä bežnými transfermi zo štátneho rozpočtu (cca 44%), z úhrad za sociálnu službu (cca 28%) a z rozpočtov obcí (cca 26%). Zvyšok tvorili kapitálové transfery zo štátneho rozpočtu, zdroje z rozpočtov samosprávnych krajov, či zo sponzorských darov a zbierok.

Z celkovej sumy 645,5 mil. EUR, ktoré v roku 2017 predstavovali výdavky na OPIO sociálne služby a OPIO peňažné príspevky, tvorilo až 66,5% výdavkov na OPIO služby v zariadeniach sociálnych služieb. Druhú najvyššiu položku (cca 17%) tvorili výdavky na peňažný príspevok na opatrovanie (teda na neformálnu domácu starostlivosť/opateru). Bližšie informácie k finančným aspektom OPIO sociálnych služieb, vrátane výšky zdrojov zo štátneho rozpočtu vynaložených na peňažný príspevok na opatrovanie a peňažný príspevok na osobnú asistenciu, sú uvedené v prílohe A tohto materiálu.

Sumarizujúco možno povedať, že medzi **základné charakteristiky poskytovaných OPIO sociálnych intervencií** patrí:

- ich poskytovanie takmer výlučne cez nástroje v rámci piliera *sociálnej pomoci*⁷. Osobitne ide o:

⁷ V rámci piliera *štátnej sociálnej podpory* možno podľa zákona č. 571/2009 Z. z. o rodičovskom príspevku (v platnom znení) rodičom dieťaťa s dlhodobým nepriaznivým zdravotným stavom vyžadujúcim osobitnú starostlivosť poskytovať rodičovský príspevok do 6 rokov veku dieťaťa. Tento však svojou povahou primárne nezodpovedá kompenzácií zvýšených životných nákladov súvisiacich s OPIO, ale je orientovaný skôr na zabezpečenie riadnej

- OPIO osoby v stupňoch odkázanosti V.-VI., ktoré sú opatrované blízkymi, príp. známymi žijúcimi s nimi v spoločnej domácnosti v rámci *peňažného príspevku na opatrovanie*,
- prijímateľov a prijímateľky *sociálnych služieb* v stupňoch odkázanosti II.-VI., konkrétne prijímateľov a prijímateľky opatrovateľskej služby, ambulantných sociálnych služieb (denný stacionár) či rezidenčných sociálnych služieb podmienených odkázanosťou (zariadenie pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby, domov sociálnych služieb, špecializované zariadenie, zariadenie podporovaného bývania, rehabilitačné stredisko),
- poberateľov a poberateľky *peňažného príspevku na osobnú asistenciu*⁸,
- výraznejšie zastúpenie *vyšších stupňov odkázanosti* (IV.-VI.), a to ako v sociálnych službách poskytovaných na miestnej úrovni (napr. opatrovateľská služba, zariadenie pre seniorov), ešte výraznejšie v sociálnych službách poskytovaných v regionálnej pôsobnosti (napr. domov sociálnych služieb či špecializované zariadenie) (Repková, 2014; MPSVR SR, 2018; vid' vyššie),
- nástroje OPIO pomoci sú *poskytované opatrujúcim osobám* (v prípade peňažného príspevku na opatrovanie) alebo *opatrujúcim inštitúciám* (v prípade sociálnych služieb ambulantnej a rezidenčnej povahy vo forme príspevku poskytovaného MPSVR SR poskytovateľom sociálnych služieb v zariadeniach podmienených odkázanosťou). Výnimku predstavuje len peňažný príspevok na osobnú asistenciu poskytovaný priamo odkázanej osobe, čo potvrdzuje jeho osobitnú povahu v systéme OPIO nástrojov,
- „*spolufinancovanie odkázanosti opatrovanou osobou*“ (v prípade peňažného príspevku na opatrovanie zohľadňovaním výšky príjmu odkázanej osoby vo výške poskytnutého peňažného príspevku opatrujúcej osobe, ktorá nie je poberateľkou dôchodku; v prípade sociálnych služieb platením úhrady za poskytnutú sociálnu službu; výnimkou je od 1.7.2018 iba peňažný príspevok na osobnú asistenciu, u ktorého sa neuplatňuje princíp zohľadňovania príjmu)),
- *zohľadňovanie majetku odkázanej osoby* pri poskytovaní OPIO sociálnej intervencie (napr. pre účely platenia úhrady za poskytnutú sociálnu službu či vzniku nároku na peňažný príspevok na kompenzáciu).

starostlivosti o dieťa (ustanovenie §1 zákona). Preto sa nenavrhuje kalkulovať jeho poberateľov a poberateľky do OPIO sociálnej politiky.

V rámci piliera *sociálneho poistenia* možno zmieniť nesystémovú dávku z predchádzajúceho obdobia – zvýšenie dôchodku pre bezvládnosť, ktorá bola do decembra 2013 poskytovaná v troch možných výškach poberateľom a poberateľkám dôchodkových dávok pri splnení zákonom stanovených podmienok. Jej nesystémovosť spočívala v tom, že bola financovaná zo štátneho rozpočtu, aj keď v rámci systému dôchodkového zabezpečenia a v pôsobnosti Sociálnej poisťovne.

⁸ Túto kategóriu pracovne zaradíme do OPIO populácie napriek faktu, že osobná asistencia je primárne určená na podporu sebaurčenia detí, mladých ľudí a dospelých ľudí so zdravotným postihnutím, nie na účely ich opatrovania.

1.3.3 Prevalencia OPIO v slovenskej populácii

Pri určovaní prevalence OPIO v slovenskej populácii možno vychádzať iba z počtu poberateľov a poberateľiek vyššie uvedených podporných nástrojov. V roku 2014 šlo v rámci piliera sociálnej pomoci o cca 117 tisíc osôb, ktorým sa poskytla niektorá z uvedených foriem alebo ich kombinácia, čo pokrývalo približne 2,3% slovenskej populácie staršej ako 6 rokov⁹. Expertné fórum usporiadané v roku 2014 k odhadu prevalence OPIO v slovenskej populácii pritom metódou expertného odhadu¹⁰ prišlo k záveru, že priemerne až u 5,7% slovenskej populácie možno predpokladať OPIO z dôvodu zdravotného postihnutia alebo dlhodobejšie nepriaznivého zdravotného stavu (Repková, 2014). Podľa odhadov expertného fóra tak významná časť OPIO populácie všetkých vekových skupín zostáva zatiaľ latentná. Experti a expertky predpokladali latentnosť napr. u starších osôb, o ktoré sa neformálne stará rodina bez verejnej podpory; u starších ľudí bez potrebných informácií či bez dostupných sociálnych služieb vo svojom okolí (tamtiež). Na základe dostupných zdrojov za rok 2016 sa počet OPIO osôb „zachytených“ cez sociálne štatistiky v rámci piliera sociálnej pomoci mierne zvýšil na **viššie 126 tisíc**, pričom najčastejšie šlo o osoby opatrované v rámci peňažného príspevku na opatrovanie (cca 55 tisíc osôb), potom o osoby v rezidenčných sociálnych službách (viššie 30 tisíc osôb, najmä v zariadení pre seniorov, domove sociálnych služieb pre dospelých a v špecializovanom zariadení) a o osoby, ktorým sa poskytovala opatrovateľská služba (cca 17 tis. osôb) (MPSVR SR, 2017). Napriek zvýšenému počtu podporených OPIO osôb, ich podiel sa udržiava na úrovni cca **2,5% z celkovej slovenskej populácie** staršej ako 6 rokov veku (ŠÚ SR, 2017).

1.3.4 Riziká súčasnej OPIO verejnej politiky v podmienkach Slovenska

Identifikácii problémov a rizík súčasnej OPIO verejnej politiky v podmienkach Slovenska sa venovala EPS-APO na svojom zasadnutí v marci 2019. V rámci rozpravy sa primárne vychádzalo z integrovaného kontextu záväzkov k uplatňovaniu ľudsko-právnych záväzkov Slovenska v poskytovaní pomoci a podpory OPIO osobám, v kombinácii so starnutím slovenskej populácie.

Východiskové ľudsko-právne hľadisko:

V roku 2010 Slovensko ratifikovalo OSN Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím, pričom záväzky z neho vyplývajúce sa intenzívne premietli, okrem iného, do všetkých národných dokumentov, akčných plánov a príslušnej legislatívy týkajúcej sa poskytovania primeranej, dostupnej a kvalitnej pomoci OPIO osobám všetkých vekových kategórií¹¹ (najmä čl. 5 a čl. 19 Dohovoru).

⁹ Veková kategória viac ako 6 rokov je aplikovaná preto, lebo až od nej sa v legislatíve explicitne používa pojem „odkázanosť na pomoc inej osoby“. V prípade detí do 6 rokov veku sa hovorí o „potrebe osobitnej starostlivosti“ viažucej sa na rodičov dieťaťa.

¹⁰ K metodike práce expertného fóra a k aplikácii metódy expertného odhadu pozri bližšie Repková (2014).

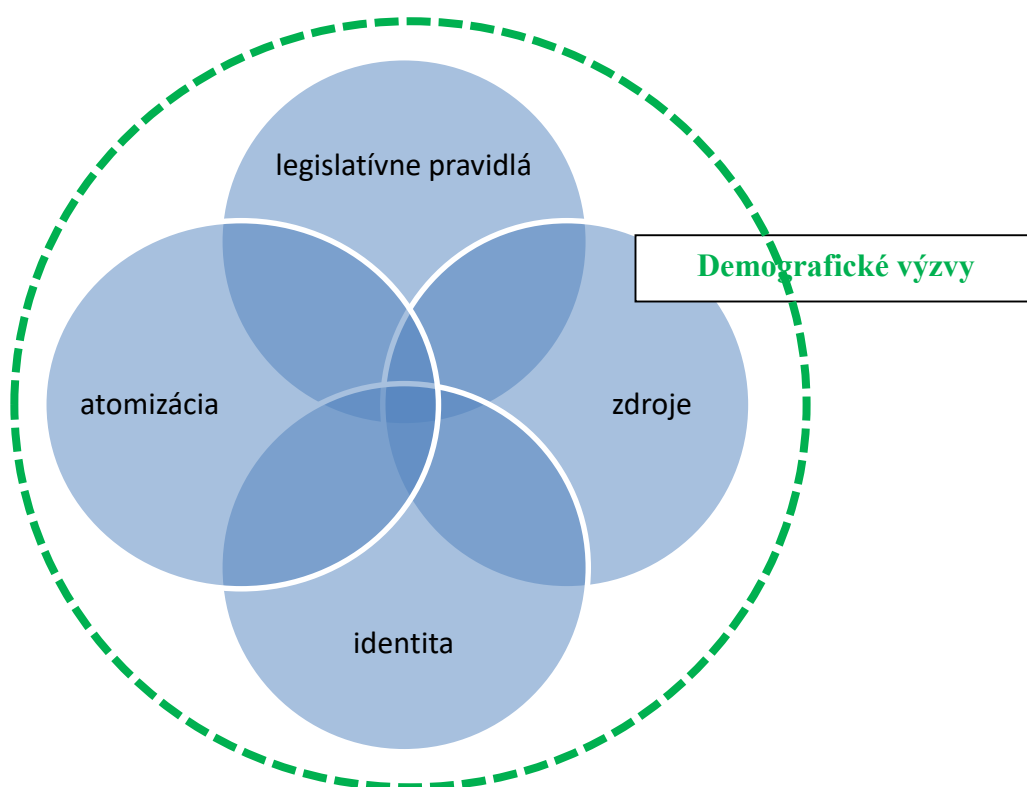
¹¹ Ide najmä o *Národný program aktívneho starnutia na roky 2014-2020* (MPSVR SR, 2014); *Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2014-2020* (MPSVR SR, 2014); *Národné*

Demografický kontext pre napĺňanie záväzkov (Bleha (Ed.), 2009; EC-PC (AWG) 2018 Projections):

- koncom minulej dekády predstavovala populácia 65+ okolo 12% celkovej populácie Slovenska (jeden z najnižších podielov v celej Európe); do roku 2030 sa predpokladá zvýšenie tohto podielu na 21,2%, s vyhlídkou nárastu podielu na 29,3% v roku 2050,
- podiel populácie 80-ročných a starších osôb predstavoval koncom minulej dekády cca 2,5% celkovej populácie Slovenska; v roku 2030 sa predpokladá jeho nárast na 6,5% a v roku 2050 na 9,6% celkovej populácie,
- index ekonomickej závislosti starého obyvateľstva predstavoval koncom minulej dekády hodnotu 16,5%; do roku 2030 sa prognózuje jeho zvýšenie na 52,7%, s vyhlídkou na hodnotu 60,4% v roku 2050.

V kontexte starnutia slovenskej populácie ako kľúčovej výzvy usmerňovania jej ďalšieho rozvoja boli následne identifikované **centrálne rizikové domény** súčasnej OPIO verejnej politiky¹², ktoré sú prehľadne znázornené v schéme.

Schéma1: Centrálne rizikové domény súčasnej OPIO verejnej politiky v kontexte demografických výziev



Zdroj: autorka

priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015-2020 (MPSVR SR, 2014); Stratégiu deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v SR (MPSVR SR, 2011); Akčný plán deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb na roky 2012-2015; na roky 2016-2020 (MPSVR SR, 2011; MPSVR SR, 2016).

¹² Rozprava sa opierať aj o niektoré už existujúce zdroje z odbornej spisby (napr. Repková, 2014).

Legislatívne a ekonomické pravidlá

Súčasný OPIO nástroj sú takmer výlučne sústredený do schémy sociálnej pomoci (vybraných peňažných príspevkov na kompenzáciu sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia a OPIO sociálnych služieb), v rámci ktorej sa pre vznik právnych nárokov uplatňujú dodatočné kritériá, nad rámec samotného uznania osoby ako OPIO. Dodatočnými podmienkami a kritériami, ktoré určujú rozsah OPIO verejnej podpory, sú najmä:

- príjem a majetok OPIO osoby, prípadne výživou povinných osôb, aj keď táto skutočnosť nemá vplyv na právny nárok na poskytovanie sociálnej služby, ale na výšku úhrady za jej poskytovanie; z tohto aspektu sa v rámci OPIO pomoci uplatňuje princíp „zásluhovosti“, čo môže nepriamo demotivovať OPIO osoby a ich rodiny k zlepšovaniu si situácie vlastnou ekonomickou aktivitou,
- vek, resp. ekonomický status neformálne opatrojúcej osoby (výška verejnej podpory formou peňažného príspevku na opatrovanie je iná v prípade ekonomicky aktívnej osoby a iná u osoby v dôchodkovom veku),
- prostredie, kde sa OPIO opatrenia vykonávajú (rozličné nástroje a rozsah podpory sa uplatňujú v domácom prostredí OPIO osoby a v ambulantnom či rezidenčnom prostredí).

Do zmien vo financovaní sociálnych služieb podmienených odkázanosťou účinných od roku 2018 mal významný vplyv aj právny status poskytovateľa OPIO sociálnej služby, v zmysle nerovnocenného postavenia verejných a neverejných poskytovateľov OPIO sociálnych služieb v prístupe k verejnej podpore ich činnosti¹³. Zo strany neverejných poskytovateľov sa dodnes kriticky poukazuje na to, že samospráva si nie vždy plní povinnosť financovania ich prevádzkových nákladov, a to bez vyvodzovania dôsledkov za neplnenie si tejto povinnosti. To vedie k vyššej finančnej záťaži prijímateľov/prijímateľiek sociálnych služieb, príp. ich rodín, pri pokrývaní nákladov OPIO starostlivosti.

Za zmienku stojí aj *diskontinuita rozsahu sociálnej ochrany* neformálne opatrojúcich osôb v jej jednotlivých subsystémoch, konkrétne v rámci prechodu medzi rodičovským príspevkom do šesť rokov veku dieťaťa a peňažným príspevkom na opatrovanie po dovŕšení tohto veku. Oprávnené osoby poberajúce pre dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav dieťaťa rodičovský príspevok do šesť rokov jeho veku majú nárok na túto príjmovú netestovanú sociálnu dávku zo systému štátnej sociálnej podpory, s prislúchajúcimi garantovanými právami v oblasti pracovno-právnych vzťahov i sociálneho a zdravotného poistenia. Po dovŕšení šiesteho roku veku dieťaťa blízka osoba či iná neformálne opatrojúca osoba môže požiadať o poskytnutie peňažného príspevku na opatrovanie. V tomto prípade však už ide o príjmovú a majetkovo testovanú sociálnu dávku z piliera sociálnej pomoci s nižšou úrovňou sociálno-právnej ochrany jej poberateľa/poberateľky, najmä v oblasti pracovno-právnych vzťahov. Situácia neformálne opatrojúceho rodiča či inej oprávnenej osoby sa tak dovŕšením šiesteho roku veku dieťaťa

¹³ Podľa Ďuranu (2017, s. 18): „Financovanie dnes nejde za občanom a neverejnými poskytovateľmi sociálnej starostlivosti sú nákladovo diskriminovaní“.

môže zásadným spôsobom zmeniť, aj keď charakter a rozsah osobitnej starostlivosti poskytovanej dieťaťu zostáva prakticky zachovaný.

Zdrojová ne/dostupnosť

Nerovnaký prístup OPIO osôb k verejnej podpore nie je podmienený len pravidlami platnej legislatívy, ale aj nerovnováhami v praktickom zabezpečovaní zdrojov pre OPIO verejné politiky. Ide pritom o zdroje rozličnej povahy:

- *kompetencie a potrebné finančné zdroje* (decentralizácia sociálnych služieb zavíšená prijatím zákona o sociálnych službách nebola zosúladená s fiškálnou decentralizáciou; najmä mikro-obce/malé obce nemajú dostatok finančných prostriedkov na zabezpečenie všetkých svojich decentralizovaných kompetencií, vrátane kompetencií v oblasti sociálnych služieb; aj keď sú mestám a obciam poskytované zo štátnych prostriedkov na ich kompetencie finančné zdroje, tieto nie sú pre oblasť sociálnych služieb účelovo viazané; malé obce sa na tento účel napĺňania verejného záujmu spravidla nezduružujú, a ak sa aj združujú, zásadnejším spôsobom to nezvyšuje dostupnosť sociálnych služieb pre OPIO osoby),
- *organizačné zdroje* (najmä malým obciam chýbajú odborné zdroje a kapacity na zabezpečenie svojich kompetencií súvisiacich s konaním vo veciach sociálnych služieb, či už s posudzovaním odkázanosti na sociálnu službu, a/alebo aj s priamym poskytovaním sociálnych služieb; ak takéto odborné zdroje majú, tak spravidla „na prechodnú dobu“ cez projektovo organizované iniciatívy¹⁴),
- *personálne zdroje v poskytovateľskom sektore* (poskytovatelia sociálnych služieb avizujú dlhodobjší nedostatok odborného personálu, najmä sestier či opatrovateľského personálu, z dôvodu čoho nemôžu zabezpečovať sociálne služby OPIO osobám v súlade s požiadavkami, ktoré im v oblasti personálneho zabezpečenia sociálnych služieb ukladá platný zákon o sociálnych službách; keďže ide o výrazný problém aj iných krajín v širšom európskom priestore, možnosť motivovať ľudí pre prácu v domácich OPIO sociálnych službách, teda aj tých, ktorí odchádzajú zo Slovenska do zahraničia pôsobiť v OPIO sektore, sa významne spája s potrebou zlepšenia rozsahu a udržateľnosti/stability verejnej OPIO verejnej politiky).

Identita OPIO v reflexii verejnosti

Rozprava k problémom a rizikám súčasnej OPIO verejnej politiky poukázala aj na význam toho, ako sa vo vedomí ľudí (OPIO osôb a ich rodín, odborníkov a odborníčok, bežnej verejnosti) doposiaľ formovala a formuje *identita* samotnej životnej situácie, kedy je osoba OPIO a aký je v spoločnosti obraz o tých, ktorí OPIO osobám pomáhajú (neformálne opatrojúce osoby či formálni poskytovatelia OPIO sociálnych služieb). Teda na význam toho, ako sa OPIO

¹⁴ Napr. prostredníctvom národného projektu na financovanie opatrovateľskej služby.

ako riziko sociálne konštruuje. Na strane *OPIO osôb a ich rodín* boli identifikované tieto problémy sociálnej konštrukcie OPIO:

- OPIO osoby, aj ich rodiny, vnímajú túto životnú situáciu ako sociálne diskvalifikujúcu, znižujúcu sociálny status OPIO osoby,
- ľudia bežne nie sú senzibilizovaní k osobnej zainteresovanosti pripravovať sa na OPIO ako na sociálne riziko, ktorého budúci výskyt je v živote človeka do istej miery pravdepodobný (aj s ohľadom na vyšší vek dožitia, vyššiu prevalenciu OPIO vo vyššom veku či postupné oslabovanie prirodzených zdrojov rodinnej opatrovateľskej solidarity).

Z hľadiska *poskytovateľského sektora* sa komunikoval nepriaznivý vplyv týchto faktorov súvisiacich so sociálnou konštrukciou OPIO ako sociálneho rizika:

- poskytovatelia OPIO sociálnych služieb nie sú vnímaní rovnocenne ako iní poskytovatelia verejných služieb, zrejme aj z dôvodu, že ich financovanie je stále predmetom problematizujúcich diskusií, reakcií aktérov, neuspokojených požiadaviek,
- odborný personál OPIO sociálnych služieb nie je motivovaný pracovať v tomto sektore nielen z dôvodu finančného, ale aj pre slabé morálne ocenenie jeho práce spoločnosťou,
- absentujú facilitátory návratu opatrovateľsko-ošetrovateľského personálu zo zahraničia do domácich OPIO služieb,
- absentuje medzigeneračná výmena opatrovateľsko-ošetrovateľského personálu; nová generácia je v OPIO sociálnych službách slabo zastúpená, a to aj pre jej meniace sa životné preferencie („pomáhajúci charakter týchto profesií“ nie je pre mladú generáciu motivujúci).

Napokon, z hľadiska nastavenia *verejných politík* sa poukazovalo na to, že doposiaľ nie je jasne politicky komunikovaná potreba a spôsob zabezpečenia rovnováhy v zainteresovanosti aktérov (jednotlivec a jeho rodina, obec/mesto, štát) na príprave na OPIO a na pokrývaní jej budúcich nákladov. Spolu/zainteresovanosť jednotlivcov a rodín ako aktérov OPIO verejných politík by sa mala pritom viazať na ich celý životný cyklus. Mala by sa vnímať ako otázka ich aktívneho životného štýlu, stratégie aktívneho starnutia, prispievania na OPIO ako uznaného typu sociálneho rizika či zvyšovania povedomia o opodstatnenosti solidarity pre účely OPIO verejných politík v medzigeneračnej perspektíve. A súčasne, podporné verejné politiky (napr. v oblasti zdravotnej starostlivosti, vzdelávania či univerzálneho navrhovania priestorov, tovarov a služieb) by mali pre identifikáciu sa jednotlivcov a rodín s takýmito očakávaniami vytvárať podmienky.

Atomizácia

Situáciu v súčasnej OPIO verejnej politike a jej účinnosť pre cieľové skupiny komplikuje aj faktor roztrieštenosti a atomizácie, ktorý sa prejavuje na viacerých úrovniach a vo viacerých súvislostiach:

- *atomizácia posudkovej činnosti* (ide o rozličné posudkové systémy a kritériá, ktoré sa využívajú pre rozličné sociálno-politické účely súvisiace so situáciou, kedy má osoba

v dôsledku dlhodobého nepriaznivého zdravotného stavu a straty autonómie zhoršenú kondíciu pre bežné žitie¹⁵),

- *atomizácia koordinácie legislatívnych krokov* (ide najmä o opakovane neúspešné hľadanie medzirezortnej vecnej zhody na príprave zákona o dlhodobej starostlivosti či zákona o jednotnej lekárskej posudkovej činnosti; to doposiaľ následne viedlo k prijímaniu čiastkových, ad-hoc a nesystémových legislatívnych riešení financovania sociálnych služieb, k „haseniu aktuálne vzniknutých problémov“, nie k hľadaniu a prijímaniu dlhodobému systémovému riešeniu),
- *atomizácia odborných iniciatív* (iniciatíva analýzy možností zavedenia OPIO poistenia nebola v podmienkach Slovenska doposiaľ koordinovaná s pripravovanou iniciatívou revízie výdavkov na dlhodobú starostlivosť či s inými iniciatívami, ktoré sa priamo či nepriamo zaoberajú dlhodobou starostlivosťou a predpokladaným rapídny nárastom populácie, ktorá bude dlhodobú starostlivosť potrebovať¹⁶).

1.3.5 Sumarizácia východísk pre zavedenie OPIO poistenia

Uviedli sme faktory, ktoré podľa EPS-APO doposiaľ najintenzívnejšie prispievali k tomu, že napriek nespornému odbornému a sociálno-politickému úsiliu či dosiahnutému pokroku pretrvávajú v rámci súčasnej OPIO verejnej politiky určité *systémové nerovnováhy*. Aj preto motivácia k voľbe konkrétnej formy OPIO pomoci (a nie inej) môže súvisieť s kalkuláciou jej ekonomického dopadu na život OPIO osoby a jej rodiny, nie s najlepším záujmom samotnej OPIO osoby.¹⁷

Zavedenie OPIO poistenia by mohlo prispieť k eliminácii týchto nerovnováh predovšetkým tým, že:

- sa vytvorí univerzálny a udržateľný typ zdroja na spolu/financovanie OPIO verejných opatrení (na poskytovanie dávkových alebo vecných plnení) v súlade s požiadavkou na „...zefektívnenie systému viaczdrojového financovania sociálnych služieb...“ (Vláda SR, 2016, s. 40) či s požiadavkou klásť „... akcent k dostupnosti a prístupnosti sociálnych služieb a akcent na ich dlhodobú finančnú udržateľnosť a efektívnosť“ (MPSVR SR, 2014, s. 1),

¹⁵ Ide napr. o posudzovanie pre účely rodičovského príspevku do šesť rokov veku dieťaťa; posudzovanie na účely OPIO peňažných príspevkov; posudzovanie na účely OPIO sociálnych služieb.

¹⁶ Aj preto EPS-APO ocenila možnosť časovo zosúladiť prípravu analytického materiálu s prípravou prác na revízii výdavkov na dlhodobú starostlivosť v podmienkach Slovenska, rovnako s nastavovaním verejných politík vyplývajúcich z OSN Agendy 2030 zameranej na udržateľný rozvoj, osobitne priority zameranej na znižovanie chudoby a podporu sociálnej inklúzie (Agenda 2030, on-line [2019-03-14]¹⁶).

¹⁷ Zástupcovia/zástupkyne poskytovateľov sociálnych služieb poukazujú napríklad na situácie, kedy rodič nevyužíva všetky dostupné intervenčné programy v prospech svojho dieťaťa so zdravotným postihnutím, nakoľko by mohol prísť o poskytovaný peňažný príspevok na opatrovanie; alebo rodina volí neformálne opatrovanie blízkou osobou, ktorá je nezamestnaná, aj keď z hľadiska potrieb odkázaného člena rodiny by mohla byť vhodnejšia nejaká forma profesionálne poskytovanej sociálnej služby; alebo staršia osoba poberá výrazne nižší rozsah úkonov opatrovateľskej služby za účelom zníženia výšky úhrady za ňu.

- sa zabezpečí rovnaká dostupnosť OPIO osôb k verejnej podpore podľa prijatých pravidiel, t.j. budú sa kompenzovať náklady OPIO ako sociálneho rizika, nie nedostatok zdrojov len pre tie OPIO osoby (a nepriamo aj ich rodiny), ktoré majú nízke príjmy a slabé majetkové pomery,
- budú vytvorené reálne podmienky pre praktické uplatnenie slobodnej voľby OPIO osoby, akú formu OPIO pomoci a podpory si za poistné plnenie zabezpečí,
- sa podporí zvyšovanie povedomia verejnosti o OPIO ako o sociálnom riziku, ktoré sa s istou mierou pravdepodobnosti môže vyskytnúť v živote každého človeka, pričom bude existovať systém, ktorý mu umožní takto vzniknutú životnú situáciu prekonať s čo najmenšími ohrozeniami.

V rámci rozpravy v EPS-APO bolo opakovane zdôrazňované, že východisková úvaha zaviesť OPIO poistenie by sa nemala spájať s predstavou zániku všetkých doterajších foriem OPIO opatrení, nakoľko budúce potenciálne plnenia vyplývajúce z takéhoto poistenia nebude možné považovať za samotnú OPIO pomoc (poskytnutím OPIO poistného plnenia ešte nebude zabezpečená samotná pomoc OPIO osobe v bežnom živote). V prípade OPIO poistenia by malo ísť skôr o **vytvorenie jedného zo zdrojov systémového financovania** OPIO podpory a pomoci v rámci viaczdrojovo financovanej OPIO sociálnej politiky, ktorá by bola dostupná pre OPIO osoby na rovnakom základe a podľa prijatých pravidiel.

Rovnako nemožno očakávať, že zavedením OPIO poistenia sa vyriešia všetky predtým identifikované problémy a riziká, a to s ohľadom na komplexnosť OPIO verejnej politiky. Nevyrieši sa tým napr. problém s nedostatkom odborného personálu OPIO poskytovateľov či zodpovednosť samosprávy za OPIO verejnú politiku; či problém s nedostatkom kapacít ambulantných a pobytových OPIO sociálnych služieb. Rovnako nemožno očakávať, že odborná iniciatíva na analýzu možností zavedenia OPIO poistenia nahradí legislatívnu iniciatívu k prijatiu zákona o dlhodobej starostlivosti či zákona o jednotnej (zdravotnej) posudkovej činnosti.

Plnenia, ktoré by mohli v budúcnosti vyplývať pre OPIO osobu z OPIO poistenia, by mali primárne predstavovať východiskový predpoklad k tomu, aby si mohla vybrať takú formu OPIO pomoci, ktorá najlepšie zodpovedá jej potrebám a osobným preferenciám a uhrádzať jej náklady, resp. časť nákladov.

Za účelom rozvíjania ďalších odborných úvah o OPIO poistení v podmienkach Slovenska sú v nasledujúcej kapitole systematizované informácie o OPIO verejných politikách vo vybraných krajinách, s osobitným dôrazom na príklady zamerané na aplikáciu OPIO poistenia.

2 OPIO vo verejných politikách vybraných (európskych) krajín - typológia a základné charakteristiky

Pre spracovanie tejto časti materiálu bola použitá *metóda štúdia dokumentov*, najmä webových stránok národných autorít vybraných krajín zodpovedných za OPIO verejnú politiku. Mapovaniu aktuálnych OPIO verejných politík vo vybraných európskych krajinách sa v ostatnom období veľmi podrobne venoval aj autorský kolektív Mátel, Ondrejková a Šimová (2017). Ich práca sa stala doplnkovým zdrojom poznatkov, najmä z hľadiska vyhodnocovania pozitívnych a rizikových (negatívnych) aspektov OPIO verejných politík vo vybraných krajinách.

Dostupné zdroje sú analyzované najmä s ohľadom na otázku, **ako sú zabezpečované hlavné zdroje financovania OPIO verejných politík**. Z tohto pohľadu ich možno deliť do dvoch veľkých skupín:

- a) tie, ktoré sú založené na nepríspevkovom/redistributívnom princípe,
- b) tie, ktoré sú založené na príspevkovom/poistnom princípe.

Ide však o veľmi rámcové delenie, nakoľko spoločnou charakteristikou OPIO verejných politík všetkých skúmaných krajín je kombinácia OPIO opatrení rozličnej povahy či zdrojov financovania. Zároveň je spoločnou charakteristikou to, že OPIO opatrenia sú zamerané ako na OPIO osoby, tak na opatrujúce osoby. Za primárny kľúč k deleniu (typológii) bola preto zvolená povaha toho OPIO nástroja, ktorý vystupuje v danom národnom OPIO systéme ako dominantný (jadrový), minimálne ako výrazný.

Pre vyváženosť rozsahu jednotlivých kapitol a prehľadnosť sú do hlavného textu analytického materiálu zaradené len základné sumarizácie jednotlivých skupín OPIO verejných politík vybraných krajín. Podrobnejšie informácie sú uvedené v prílohe B.

2.1 OPIO verejné politiky založené na redistribúcii verejných zdrojov (nepríspevkový OPIO systém)

Verejné politiky primárne založené na redistributívnom nepríspevkovom princípe možno vnútorne deliť podľa toho, či kmeňové právne nároky z nich vyplývajúce nie sú príjmovo testované (vykazujúce prvky systému štátnej sociálnej podpory) alebo sa odvodzujú od príjmu a majetku OPIO osoby, príp. jej rodiny (na princípe sociálnej pomoci). Príkladom nepríspevkových OPIO verejných politík založených na netestovaní príjmu je systém v Rakúsku, Českej republike, Veľkej Británii, Nórskom kráľovstve či v Taliansku (bližšie informácie viď príloha B). Súčasná situácia na Slovensku je príkladom OPIO politiky založenej na testovaní príjmu.

Spoločné charakteristiky zahraničným OPIO verejných politík založených na redistribučnom (nepríspevkovom) princípe:

- OPIO verejné politiky v skúmaných krajinách v sebe *integrujú sociálno-politické záväzky* v oblasti podpory sociálnych práv OPIO osôb a neformálne opatrujúcich osôb, pri súčasnej potrebe hľadania trvalo-udržateľných modelov financovania týchto záväzkov (najmä v kontexte demografického starnutia),
- v OPIO verejnej politike dominuje záujem poskytovať potrebné sociálne/sociálno-zdravotné služby pre OPIO osoby *primárne v ich domácom prostredí*, a to aj kombináciou neformálnej a ambulantnej formálnej starostlivosti,
- súčasťou OPIO verejných politík sa preto stáva aj *podpora neformálne opatrujúcich osôb* (v oblasti ich sociálneho zabezpečenia, vzdelávania, zosúlaďovania práce a opatrovania, podpornej zdravotnej starostlivosti, udržiavania, resp. zvyšovania kvalifikácie a návratu na trh práce),
- jadrové financovanie OPIO verejných politík je založené na *nepríspevkovom základe* vo forme priamych platieb pre OPIO osoby alebo platieb pre poskytovateľov OPIO sociálnych služieb, alebo ich kombinácie,
- na účely spolu/pokrývania OPIO nákladov zriaďujú vlády (ministerstvá) „fondy na odkázanosť“/dotačné schémy, z ktorých ročne alokujú zdroje na regionálnu, príp. miestnu úroveň (napr. Rakúsko, Taliansko, ČR)
- *centrálna OPIO dávka* (príspevok na starostlivosť) môže mať *rozličné pozície*: a) môže fungovať ako základný/integrujúci nástroj využiteľný pre domácu, ambulantnú i rezidenčnú starostlivosť (napr. v Rakúsku či v ČR), alebo b) môže byť využiteľná len pre domácu starostlivosť (napr. v Nórsku či v Taliansku),
- OPIO verejné politiky sú *viac zdrojom financované*, nakoľko náklady OPIO situácie nemožno spravidla plne pokrývať len jednou formou plnenia,
- poskytované plnenia *nie sú univerzálne*, ale sa odvodzujú od OPIO stupňa; iné kritériá sa v jednotlivých krajinách uplatňujú rôzne (napr. vek OPIO osoby v ČR; príspevok ako predmet dane vo Veľkej Británii).

2.2 OPIO verejné politiky založené na poistení (príspevkový OPIO systém)

Systémy v Nemeckej spolkovej republike, Írskej republike, Luxembursku či Japonsku reprezentujú skupinu krajín s OPIO politikami založenými na poistnom/príspevkovom princípe (bližšie informácie viď príloha B). Ich **spoločnými charakteristikami** je to, že:

- porovnateľne so systémami založenými na redistribučnom princípe sa v OPIO verejných politikách skúmaných krajín založených na príspevkovom princípe *integrujú sociálno-*

politické záväzky zamerané na opatrované aj opatrujúce osoby a podporuje sa OPIO starostlivosť poskytovaná primárne v ich domácom prostredí,

- hlavné zdroje financovania nákladov starostlivosti o OPIO osoby, a nepriamo aj náklady zamerané na uspokojovanie sociálnych potrieb neformálne opatrujúcich osôb, pochádzajú z *prispievania do OPIO poistenia*,
- v niektorých prípadoch sú systémy založené na *výkonovom a paritnom princípe*, kedy sa prispievanie na budúce náklady starostlivosti rozdeľujú medzi zamestnancov/zamestnankyne a zamestnávateľov,
- *štát prispieva* na redistribučnom princípe iba v prípade, že plnenia z OPIO poistenia nie sú postačujúce a OPIO osoba, príp. jej rodina nie sú schopní z vlastného príjmu a majetku uhrádzať nepokryté náklady OPIO starostlivosti; rovnako v prípade, že OPIO osobe nevznikol nárok na plnenie z OPIO poistenia,
- OPIO poistenie je len *jedným zo zdrojov* financovania OPIO verejných politík, aj keď primárnym.

3 Východiskové parametre a prvotné výpočty potenciálneho zavedenia OPIO poistenia v národných podmienkach

V tretej časti analytického materiálu predstavíme východiská a výsledky prvotných výpočtov zameraných na potenciálne zavedenie OPIO poistenia (ďalej len „OPIO-P“) v národných podmienkach. Výpočty sú nastavené na situáciu, že by OPIO-P bolo zavedené z účinnosťou od 1. januára 2022.

Je potrebné pripomenúť, že ide len o prvotné projekcie, nakoľko nastavenie niektorých východiskových parametrov (napr. potrebných rokov poistenia pre vznik nároku pre jednotlivé vekové kategórie poistencov) si bude v nasledujúcom období vyžadovať ďalšiu odbornú diskusiu.

3.1 Východiskové parametre pre prvotné výpočty OPIO-P

Na základe popisu súčasnej OPIO verejnej politiky v národných podmienkach (jej silných stránok i limitujúcich/rizikových faktorov interpretovaných najmä v perspektíve očakávaného demografického vývoja), rovnako na základe zhodnotenia príkladov a inšpirácií zo zahraničia (osobitne zo systému OPIO-P v NSR), sa EPS-APO venovala na svojich zasadnutiach v mesiacoch apríl a máj 2019 formulácii východiskových parametrov pre výpočty OPIO-P v národných podmienkach. Bola formulovaná **séria východiskových otázok a odborných stanovísk** členiek a členov EPS-APO, vrátane dostupných odborných zdrojov, ktoré by mohli byť pre účely výpočtov využité. Otázky boli zamerané na tieto oblasti:

- *Základná charakteristika systému OPIO-P* (napr. nová sadzba poistného vs. redistribúcia existujúcich sadzieb a prebytkových fondov; podiel časti nákladov starostlivosti z OPIO-P;

voči akej inej alternatíve sa bude hodnotiť výhodnosť financovania OPIO cez poistný systém);

- *Posudzovanie na účely OPIO-P* (napr. či bude existovať nový systém posudzovania; kto bude posudzovanie vykonávať);
- *Osobný rozsah OPIO-P* (napr. koľkých osôb sa bude OPIO-P týkať; aká bude ich veková štruktúra a štruktúra odkázanosti podľa jednotlivých OPIO stupňov; aký bude okruh OPIO poistených osôb);
- *Sadzby a plnenia pri OPIO-P* (napr. určenie výšky sadzieb; doby poistenia; výšky dávky vo vzťahu k vymeriavaciemu základu oprávnenej osoby; výšky plnenia v závislosti od prostredia poskytovanej OPIO starostlivosti);
- *OPIO-P a iné systémy sociálnej ochrany, vrátane otázok financovania* (napr. aký bude vzťah OPIO-P k súčasným nástrojom financovania OPIO politiky).

Pre účely prvotných výpočtov sa rámcovo dohodlo, že:

- sa bude vychádzať z vybraných charakteristík OPIO-P v NSR v kombinácii s niektorými už v súčasnosti platnými charakteristikami OPIO národného systému (napr. počet OPIO stupňov, OPIO-P plnenia od OPIO stupňa 2, neviazanie OPIO-P nárokov na vek OPIO osoby, na jej príjmové a majetkové pomery),
- z OPIO-P uhrádzať len tie náklady, ktoré sa týkajú výkonu osobnej starostlivosti neformálne opatrujúcej osoby alebo formálnej služby, nie náklady súvisiace s technickou pomocou alebo prevádzkou OPIO poskytovateľov,
- výhodnosť systému OPIO-P sa bude porovnávať so systémom OPIO podmienenej štátnej sociálnej dávky.

Komplexná matica východiskových otázok a odborných stanovísk členiek a členov EPS-APO k nim tvorí prílohu C tohto analytického materiálu.

3.2 Výsledky kvantifikácií k možnosti zavedenia OPIO-P

3.2.1 Kvantifikácia príjmov

Predpoklady:

- Povinne poistené osoby pre účely OPIO-P by boli všetky druhy statusov poistencov, t. j. zamestnanci, osoby pracujúce na dohody a samostatne zárobkovo činné osoby (ďalej len „SZČO“); vychádza sa zo súčasného právneho stavu v oblasti sociálneho poistenia pre

povinný vznik sociálneho poistenia, kedy napr. nie všetkým SZČO vznikne povinná účasť na predmetnom poistení¹⁸.

- Sadzba poistného vo výške 2,8% pri alternatíve A; 4,4% pri alternatíve B a 7,4% pri alternatíve C (alternatívy vid' dolu tabuľka 8), pričom pre samotnú kvantifikáciu nie je podstatné rozdelenie tejto výšky medzi zamestnanca a zamestnávateľa, rovnako to, či ide o novú sadzbu alebo prerozdelenú z iných druhov sociálneho poistenia (nepočíta sa s negatívnymi efektmi vplyvom prípadného zvýšenia odvodového zaťaženia na HDP a mzdovú úroveň). Výška sadzby je nastavená s cieľom vybilancovania systému OPIO-P v dlhodobom horizonte v rámci bežného roka.
- Priemerná mzda do roku 2023 je určená na základe makroekonomickej prognózy Inštitútu finančnej politiky MF SR z februára 2020; od roku 2024 je ustanovený rast priemernej mzdy na základe projekcie AWG; priemerný vymeriavací základ na platenie poistného tvorí cca 93,7% priemernej mzdy (na základe ex-post porovnania minulých dát);
- Počet poistencov – platiteľov poistného na základe projekcie AWG so zohľadnením zavedenia stropu dôchodkového veku.

Tabuľka 8: Projekcia príjmov na OPIO-P do roku 2070

Príjmy na OPIO - P	2022	2030	2040	2050	2060	2070
počet poistencov	2 175 597	2 102 942	1 951 692	1 760 074	1 633 471	1 582 510
priemerný mesačný vymeriavací základ	1 169	1 785	2 812	4 138	5 975	8 497
príjmy v bežnom roku v mil. eur – Alternatíva A – sadzba 2,8%*	787 (0,7%)	1 257 (0,8%)	1 839 (0,8%)	2 442 (0,7%)	3 271 (0,7%)	4 507 (0,7%)
- Alternatíva B – sadzba 4,4%*	1 236 (1,1%)	1 975 (1,3%)	2 890 (1,2%)	3 837 (1,2%)	5 140 (1,1%)	7 082 (1,1%)
- Alternatíva C – sadzba 7,4%*	2 076 (1,9%)	3 316 (2,1%)	4 853 (2,1%)	6 443 (2,0%)	8 631 (1,9%)	11 892 (1,9%)

* v zátvorke ako percento vzhľadom k HDP

3.2.2 Kvantifikácia výdavkov

Predpoklady:

- Celkový počet nových prijímateľov a prijímateľiek v zariadeniach sociálnych služieb a v domácej opatrovateľskej službe, novopriznaných peňažných príspevkov na opatrovanie a peňažných príspevkov na osobnú asistenciu sa v roku 2022 predpokladá na úrovni cca 30,7

¹⁸ SZČO vzniká povinná účasť na nemocenskom a dôchodkovom poistení, iba ak ich hrubý príjem (bez odpočítania výdavkov) za predchádzajúci kalendárny rok presiahne 12-násobok priemernej mzdy spred dvoch rokov (5 724 EUR od 1. júla 2019). Po začatí samostatnej zárobkovej činnosti vzniká účasť na povinnom nemocenskom a dôchodkovom poistení až od 1. júla nasledujúceho roka (tzv. odvodové prázdniny). Až cca 80% SZČO platilo poistné k 31. augustu 2019 na starobné poistenie z minimálneho mesačného vymeriavacieho základu (50% priemernej mzdy spred dvoch rokov – 477 eur). Zároveň pripomíname, že priemerný mesačný vymeriavací základ na starobné poistenie u osôb pracujúcich na dohody bol za rok 2018 cca 156,3 eur.

tisíc. Z toho cca 17,7 tis. v zariadeniach sociálnych služieb a prijímateľov domácej opatrovateľskej služby - určené na základe počtu prijímateľov v zariadeniach sociálnych služieb z posledných 7 rokov (roky 2012-2018), údaje o počte prijímateľov domácej opatrovateľskej služby odhadnuté na základe novopriznaných poberateľov peňažných príspevkov a nových prijímateľov zariadení sociálnych služieb a cca 13,0 tis. poberateľov peňažných príspevkov na opatrovanie a na osobnú asistenciu – určené na základe počtu novopriznaných poberateľov z posledných 10 rokov (roky 2010-2019). Podrobnejšie údaje k počtu dotknutých osôb sa nachádzajú v Prílohe D tohto materiálu. V ďalších rokoch sa predpokladá medziročný nárast počtu „nových“ prijímateľov/poberateľov na základe indexu rastu počtu osôb 65 a viac ročných podľa projekcie AWG (EUROPOP);

- Predpokladá sa, že novým osobám by mohol vzniknúť nárok na OPIO-P plnenie už v roku 2022, t. j. vznikol by im nárok na základe existencie iného druhu poistenia¹⁹ (napr. dôchodkového poistenia);
- Ďalej sa očakáva, že nárok na OPIO-P dávku vznikne 90% osobám s preukázateľnou OPIO situáciou (zvyšných 10 % nesplní podmienky nároku na OPIO-P dávku napr. získanie potrebného obdobia poistenia vid' poznámka pod čiarou 21) – ide o expertný odhad použitý pre kvantifikáciu;
- Celkový počet úbytkov novopriznaných poberateľov peňažného príspevku na opatrovanie a osobnú asistenciu sa predpokladá na základe priemerného percenta úbytku, ktoré bolo určené na základe údajov za posledných 10 rokov (rok 2010 až 2019), t. j. na základe expost porovnania minulých dát. Prevažené percento úbytku predstavuje v prvom roku po priznaní 15,2%; v druhom roku 21,1% a treťom roku 13,2% atď. Na ďalšie roky sa projektuje postupný pokles až po rok poberania 44, kedy dosiahne celkový výpadok 100% pôvodných novopriznaných poberateľov. Úbytky novopriznaných osôb opúšťajúcich zariadenia sociálnych služieb a domácu opatrovateľskú službu sa predpokladajú na rovnakej úrovni ako u poberateľoch peňažných príspevkov (vid' „3.2.4 Rizikové miesta kvantifikácie a otázky na ďalšiu diskusiu“). Podrobnejšie údaje k počtu úbytku osôb sa nachádzajú v Prílohe D tohto materiálu.
- *Výška OPIO-P dávky* bude paušálna a na účely kvantifikácie bude zodpovedať predpokladaným 100% priemerným mzdovým výdavkom celkového personálu v zariadeniach sociálnych služieb a v domácej opatrovateľskej službe (68,4% celkových výdavkov v zariadeniach sociálnych služieb a v domácej opatrovateľskej službe za rok 2018) a priemernému peňažnému príspevku na opatrovanie a peňažnému príspevku na osobnú asistenciu. Predpokladá sa, že bude predstavovať priemernú ročnú sumu 6 069 eur, t. j.

¹⁹ Podmienkou nároku na OPIO-P dávku by bolo získanie OPIO-P v potrebnej dĺžke, obdobne ako je tomu pri nároku na invalidný dôchodok (do 20 rokov menej ako 1 rok poistenia; od 20 do 24 rokov najmenej 1 rok; od 24 do 28 rokov najmenej 2 roky; od 28 do 34 rokov najmenej 5 rokov; od 34 do 40 rokov najmenej 10 rokov a nad 45 rokov najmenej 15 rokov poistenia). Nastavenie potrebného počtu rokov poistenia pre OPIO-P a jednotlivých vekových hraníc poistencov si však bude vyžadovať ďalšiu odbornú diskusiu.

priemernú mesačnú sumu cca 506 eur v roku 2022²⁰ (podrobnejšie údaje pre určenie priemernej sumy sa nachádzajú v Prílohe D);

- V nasledujúcich rokoch sa bude priemerná výška OPIO-P dávky zvyšovať na základe rastu spotrebiteľských cien pri Alternatíve A; 50% rastu spotrebiteľských cien a 50% priemernej mzdy pri Alternatíve B a na základe rastu priemernej mzdy pri Alternatíve C. Vybraná alternatíva valorizačného mechanizmu má následne vplyv na vývoj výdavkov a reláciu dávky OPIO-P voči priemernej mzde pri zvolených makroekonomických predpokladoch;
- Rast spotrebiteľských cien a rast priemernej mzdy do roku 2023 je určený na základe makroekonomickej prognózy Inštitútu finančnej politiky MF SR z februára 2020 a od roku 2024 na základe projekcie AWG.

Tabuľka 9: Projekcia výdavkov na OPIO-P do roku 2070

Výdavky z OPIO - P	2022	2030	2040	2050	2060	2070
počet novo umiestnených v ZSS, novo poskytovanej DOS, novopriznaných PPO, PPOA s nárokom na OPIO-P dávku	30 723	36 216	41 223	48 045	51 041	47 627
celkový počet poberateľov/prijímateľov OPIO-P dávky	30 723	149 872	207 487	257 983	288 056	287 177
priemerná ročná suma OPIO-P dávky v EUR						
– Alternatíva A (valorizácia CPI)	6 069	7 137	8 700	10 605	12 928	15 759
- Alternatíva B (valorizácia 50% CPI +50% PM)	6 069	8 136	11 329	15 221	20 212	26 643
- Alternatíva C (valorizácia PM)	6 069	9 255	14 695	21 741	31 426	44 766
výdavky v bežnom roku v mil. EUR	93	940	1 626	2 481	3 394	4 150
– Alternatíva A ** (valorizácia CPI)	(0,1%)	(0,6%)	(0,7%)	(0,8%)	(0,8%)	(0,7%)
- Alternatíva B ** (valorizácia 50% CPI +50% PM)	93	1 072	2 117	3 561	5 306	7 017
	(0,1%)	(0,7%)	(0,9%)	(1,1%)	(1,2%)	(1,1%)
- Alternatíva C ** (valorizácia PM)	93	1 220	2 746	5 087	8 250	11 790
	(0,1%)	(0,8%)	(1,2%)	(1,6%)	(1,8%)	(1,9%)

* ZSS - zariadenia sociálnych služieb; PPO - peňažný príspevok na opatrovanie; PPOA - peňažný príspevok na osobnú asistenciu, DOS - domáca opatrovateľská služba, CPI – rast spotrebiteľských cien a PM – rast priemernej mzdy ** v zátvorke ako percento vzhľadom k HDP

²⁰ Pri stanovovaní priemernej sumy OPIO-P dávky treba pripomenúť, že v súčasnosti MPSVR SR nepokrýva zariadeniam sociálnych služieb z finančného príspevku všetky mzdové výdavky, zatiaľ čo prvotné nastavenie OPIO-P dávky počíta so 100% pokrývaním mzdových výdavkov; navyše z finančného príspevku MPSVR SR nie sú spolufinancované zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC. Ďalej, že od 1. júla 2019 sa pravidelná valorizácia peňažného príspevku na opatrovanie a na osobnú asistenciu vykonáva nariadením vlády SR cez tzv. ad hoc valorizáciu (v predchádzajúcich rokoch sa využívala valorizácia založená na raste spotrebiteľských cien v súlade s rastom životného minima).

3.2.3 Bilancia navrhovaného systému OPIO-P

Tabuľka10: Celková bilancia zavedenia navrhovaného systému OPIO-P

Bilancia OPIO - P	2022	2030	2040	2050	2060	2070
bilancia v bežnom roku (príjmy v bežnom roku - výdavky) v mil. EUR – Alternatíva A* (sadzba poistného 2,8% a valorizácia CPI)	693 (0,6%)	316 (0,2%)	213 (0,1%)	-39 (0,0%)	-123 (0,0%)	357 (0,1%)
- Alternatíva B* (sadzba poistného 4,4% a valorizácia 50% CPI a 50% PM)	1 143 (1,1%)	903 (0,6%)	773 (0,3%)	276 (0,1%)	-166 (0,0%)	66 (0,0%)
- Alternatíva C* (sadzba poistného 7,4% a valorizácia PM)	1 982 (1,8%)	2 096 (1,3%)	2 107 (0,9%)	1 357 (0,4%)	380 (0,1%)	102 (0,0%)

* CPI – rast spotrebiteľských cien, PM – rast priemernej mzdy a v zátvorke ako percento vzhľadom k HDP

Ako naznačuje tabuľka, pri všetkých alternatívach a zvolenej sadzbe dosahuje do roku 2040 bilancia OPIO-P v bežnom roku prebytky, pričom je zrejмый jej klesajúci trend, ktorý vrcholí v okolí roku 2060. Následne dochádza k zlepšeniu bilancie, čo je možné vidieť v záverečnom roku 2070 (s výnimkou Alternatívy C).

3.2.4 Rizikové miesta kvantifikácie a otázky na ďalšiu diskusiu

Autori kvantifikácie z príslušných organizačných útvarov MPSVR SR poukazovali na „úzke/rizikové“ miesta kvantifikácie vyplývajúce z niektorých širších odborných a sociálno-politických súvislostí, rovnako z absencie, resp. nespoľahlivosti niektorých podstatných údajov pre výpočty, konkrétne:

- uvádzali, že opodstatnenosť celej úlohy vyplývajúcej z Národného programu aktívneho starnutia na roky 2014-2020 zameranej na analýzu možností zavedenia OPIO-P by mala byť podložená dlhodobou projekciou výdavkov v oblasti starostlivosti o OPIO osoby najmä v kontexte demografie. Takáto projekcia nebola v čase spracovania kvantifikácie dostupná;
- absentovali spoľahlivé údaje o počte osôb opúšťajúcich zariadenia sociálnych služieb a domácej opatrovateľskej služby a počet nových osôb prijímajúcich domácu opatrovateľskú službu; tieto počty museli byť odhadnuté na základe počtu novopriznaných peňažných príspevkov na opatrovanie a na osobnú asistenciu a ich úbytkov, čo prináša významnú mieru neistoty pre kvantifikácie;
- absencia akéhokoľvek (aspoň rámcového) legislatívneho návrhu, ako by sa napr. riešili otázky prechodných období (vzťahy/súbehy so súčasnými dávkami); výhodnosť či nevýhodnosť OPIO-P riešenia vo vzťahu k doterajšiemu právnemu stavu v OPIO politike; podmienky nároku; atď.;
- kvantifikácia je v navrhnutom spracovaní veľmi citlivá na valorizačný mechanizmus sumy OPIO-P dávky a sadzbu poistného. Je to zrejмый z porovnania Alternatívy A a B, kde prvá z alternatív používa na valorizáciu OPIO-P dávky rast spotrebiteľských cien a je možné ju

vybilancovať so sadzbou poistného 2,8% a druhá vychádza z tzv. švajčiarskeho modelu valorizácie (50% rastu priemernej mzdy a 50% rastu spotrebiteľských cien), kde by na vybilancovanie bola potrebná sadzba OPIO-P najmenej vo výške 4,4%;

- otázne sa stále javí celkové postavenie OPIO-P v rámci systému sociálneho poistenia, pretože v súčasnosti sa voľné/prebytkové finančné prostriedky z jednotlivých fondov sociálneho poistenia používajú na vykrývanie deficitu v ostatných fondoch Sociálnej poisťovne, kde ich je nedostatok (najmä základného fondu starobného poistenia). Zároveň možno predpokladať, že do OPIO-P by sa preniesli určité „neduhy“ súčasného platenia poistného na sociálne poistenie, ktoré by negatívne vplývali na jeho príjmovú stránku a následne na celkovú udržateľnosť OPIO-P systému. Pre ilustráciu možno uviesť, že k 31. augustu 2019 platilo až cca 80% SZČO poistné na starobné poistenie z minimálneho mesačného vymeriavacieho základu (50% priemernej mzdy spred dvoch rokov – 477 eur) a priemerný mesačný vymeriavací základ na starobné poistenie u osôb pracujúcich na dohody bol za rok 2018 cca 156,3 eur;
- ďalšou systémovou dilemou je to, že sociálne poistenie je v súčasnosti systémom založeným predovšetkým na zásluhovosti, pretože jeho základnou úlohou je náhrada straty/poklesu príjmu pri vzniku sociálnej udalosti (napr. práceneschopnosti, materstva, staroby, invalidity, pozostalosti, pracovného úrazu a nezamestnanosti), t. j. uhrádzanie výpadku/poklesu poistencovho pôvodného príjmu. OPIO-P by bolo diametrálne odlišným typom poistenia, nakoľko jeho základným cieľom by bola úhrada nákladov poskytnutej služby/starostlivosti, či už by bola poskytovaná zariadením sociálnych služieb alebo neformálne - fyzickou osobou. Aj s prihliadnutím na uvedené bol pre účely analýzy zvolený ako hlavný princíp OPIO-P solidárnosť, čo však znamená určitý „rozpor“ so súčasným nastavením systému sociálneho poistenia. Javí sa preto ako otázne, či takýto podsystém (OPIO-P) do sociálneho poistenia „filozoficky“ a systémovo patrí. Tento rozpor bude ešte zväčšovať problematika nízkych vymeriavacích základov pri niektorých statusoch potenciálnych poistencov (napr. SZČO alebo osôb pracujúcich na dohodu);
- rovnako je potrebné zmieniť, že kvantifikácia, na ktorej stavia tento analytický materiál, nie je porovnateľná a konzistentná s projekciou výdavkov na dlhodobú starostlivosť (LTC), ktorá sa nachádza v Správe o starnutí 2018 (Ageing Report 2018 – ďalej len „AR 2018“). Kvantifikácia v AR 2018 bola nasimulovaná prostredníctvom modelu, ktorý využíva Európska komisia (DG ECFIN), pričom Ministerstvo financií SR poskytlo pre účely tejto analýzy iba údaje o celkovom počte poberateľov/prijímateľov LTC. Z uvedeného dôvodu nie je možné korektne sa vyjadriť k reálnosti kvantifikácie uvedenej v AR 2018 a interpretovať jej výsledky v kontexte potrieb analýzy a kvantifikácie spracovanej v tomto dokumente;
- napokon, pred prípadným rozhodovaním o zavedení OPIO-P by musela byť podrobne posúdená medzigeneračná spravodlivosť takéhoto návrhu (aby súčasní, resp. budúci platitelia OPIO-P, rovnako poberatelia OPIO-P dávky, neboli v ne/výhodnejšom postavení).

V rámci činnosti EPS-APO bola ISP MPSVR SR spracovaná aj **rámcová kalkulácia alternatívneho riešenia – formou OPIO štátnej sociálnej dávky**.²¹ Keďže predmetom tejto analytickej správy nie je komparácia výhodnosti jednotlivých riešení (OPIO-P a OPIO štátnej sociálnej dávky), a to aj z dôvodov uvedených vyššie, rámcová kalkulácia OPIO štátnej sociálnej dávky bola zaradená do prílohy D tohto materiálu len ako informácia. Posúdenie výhodnosti jednotlivých riešení by si vyžadovalo ďalšiu odbornú diskusiu, najmä v kontexte demografického vývoja a jeho dopadov na udržateľnosť jednotlivých riešení do budúcnosti.

Pri zostavovaní EPS-APO bol záujem vtiahnuť do odbornej spolupráce zástupcov všetkých kľúčových aktérov, ktorých sa OPIO verejná politika, a teda aj možné zavedenie OPIO-P, týka, vrátane poskytovateľského sektora (zástupcov verejných a neverejných poskytovateľov OPIO sociálnych služieb). Naplnenie tohto zámeru logicky zvýšilo predpoklad, že nie vo všetkých otázkach k problematike možného zavedenia OPIO-P v národných podmienkach bude možné dosiahnuť v rámci činnosti EPS-APO konsenzus.

Nerovnaké stanoviská sa týkali najmä zámeru nahradiť OPIO-P dávkou ako novým systémovým zdrojom príjmu na zabezpečenia nákladov osobnej starostlivosti o OPIO osoby súčasné príspevky MPSVR SR slúžiace na pokrývanie mzdových výdavkov v tejto oblasti. Naďalej by však zostali zachované podporné nástroje v rámci kompenzačnej politiky (peňažných príspevkov na kompenzáciu sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia), povinnosti samospráv v podpore poskytovateľov v oblasti prevádzkových výdavkov, či povinnosti zdravotných poisťovní v oblasti ošetrovateľskej starostlivosti o OPIO osoby. Zástupkyňa Asociácie poskytovateľov sociálnych služieb v SR a zároveň Republikovej únie zamestnávateľov v EPS-APO tlmočila stanovisko, že:

„... takto sme to nevnímali. Možnosť zavedenia OPIO – P sme chápali ako ďalšie financie, keďže súčasné nestačia na vykrytie dnešnej potreby ... spoločnosť má dlhodobú starostlivosť zabezpečiť vzhľadom na demografiu a na radikálny nárast ľudí s odkázanosťou. Ak by malo OPIO-P nahradiť súčasný systém príspevkov z MPSVR, tak potom by sa museli rátať naozaj vyššie odvody – príjmy pre fond, než ako boli simulované...“.

Autorský tím rámcovej kalkulácie OPIO-P reagoval na takto formulovanú obavu spôsobom, že:

- navrhovaná kalkulácia OPIO-P dávky pokrýva len osoby novo umiestnené do zariadení sociálnych služieb, čiže okamžite nenahrádza v plnej výške príspevky z MPSVR SR; predpokladá sa pritom, že by ich v budúcnosti ani úplne nenahrádila vzhľadom na skutočnosť, že nie všetky OPIO osoby by splnili podmienky nároku na OPIO-P. Predpokladá sa teda, že popri sebe by čiastočne existovala aj pôvodná „príspevková“ schéma z MPSVR SR, aj financovanie z OPIO-P;

²¹ Návrh riešenia formou príjmom a vekom nepodmieňenej štátnej sociálnej dávky (bez jeho rámcovej kalkulácie) bol formulovaný na základe širšej odbornej diskusie aktérov už v predchádzajúcom období (napr. v práci Repkovej, 2014).

- v súčasnosti MPSVR SR neprispieva zariadeniam sociálnych služieb na oprávnené mzdové výdavky v plnom rozsahu, pričom prvotne navrhované nastavenie sumy OPIO-P dávky počíta so 100% pokrývaním mzdových výdavkov súvisiacich s pomocou pri OPIO;
- zdôraznili, že napokon by išlo o politické rozhodnutie, či by OPIO-P bolo zavedené ako postupná náhrada súčasného systému financovania nákladov osobnej OPIO starostlivosti alebo jej doplnok.

4 Záverečné zhrnutie

Systematická činnosť členov a členiek EPS-APO v roku 2019 ukázala na komplexnosť problematiky viažucej sa na OPIO verejnú politiku. Ukázalo sa, že:

- napriek dosiahnutému pokroku stále pretrvávajú v súčasnom nastavení OPIO verejnej politiky rizikové miesta, zároveň, že vznikajú nové riziká (napr. v oblasti zabezpečenia kvalifikovaného personálu OPIO sociálnych služieb);
- je žiaduce prijať nový nástroj financovania *osobnej starostlivosti* o OPIO osoby, ktorý by riešil súčasný deficit verejnej podpory v tejto oblasti, no zároveň, z dlhodobého hľadiska by reagoval na demografický vývoj a očakávaný nárast OPIO starších osôb v slovenskej populácii (napr. po vzore OPIO-P systému v NSR);
- existuje pritom viacero alternatív k ustanoveniu takéhoto nástroja, minimálne alternatíva OPIO-P a alternatíva OPIO štátnej sociálnej dávky,
- k porovnaniu ne/výhodnosti týchto alternatív v optike sanovania súčasného deficitu a budúcej udržateľnosti nie sú v súčasnosti k dispozícii všetky potrebné vstupné údaje a východiskové analýzy,
- potenciálna OPIO-P dávka by bola len jedným zo zdrojov systémového financovania OPIO verejnej politiky, doplnená o kompenzačnú politiku (peňažné príspevky na kompenzáciu určené najmä na technickú pomoc OPIO osobám), samosprávnú podporu v oblasti prevádzkových nákladov poskytovateľov OPIO sociálnych služieb a o financovanie ošetrovateľskej starostlivosti o OPIO osoby zo systému zdravotného poistenia,
- v prípade zavedenia OPIO-P by bolo potrebné doriešiť otázku verejnej podpory osôb, ktorým by nevznikol nárok na OPIO-P dávku, z čoho vyplýva, že s vysokou pravdepodobnosťou by bolo zavedenie OPIO-P kombinované s nejakou formou financovania OPIO podpory a pomoci z prostriedkov MPSVR SR, resp. zo štátneho rozpočtu. Otázna by potom bola motivácia platenia OPIO poistného, ak by napokon vznikali rovnaké nároky (poskytnutú službu alebo starostlivosť s rovnakou sumou príspevku) pre osoby platiace a neplatiace príspevky do OPIO-P, a zároveň bez ohľadu na výšku ich vymeriavacieho základu,

- OPIO-P vychádzajúce z princípu solidarity otvára otázku rozporu so súčasným nastavením sociálneho poistenia, ktoré je systémom založeným predovšetkým na princípe zásluhovosti. Je preto otázne, či by takýto podsystem (OPIO-P) do systému sociálneho poistenia „filozoficky“ a systémovo patril,
- napokon, akékoľvek rezortne formulované riešenie sa do budúcnosti môže javiť ako rizikové, pokiaľ sa neopiera o nejakú nadrezortnú stratégiu dlhodobej starostlivosti o OPIO osoby (akúsi národnú doktrínu zabezpečovania dlhodobej starostlivosti), ktorá by integrovala úsilie a povinnosti všetkých aktérov ako základu pre prijímanie a realizáciu riešení udržateľných v kontexte súčasného, no najmä budúceho vývoja starnúcej spoločnosti.

Referencie

Arntz, M. et al. (2007). The German Social Long-Term Care Insurance: Structure and Reform Options. IZA DP No. 2625, February 2007.

Assegno di cura 2018-2018, Regione Puglia. Dostupné on-line [25.02.2019]: <https://www.enzocolonna.com/2018/10/18/assegno-di-cura-2018-2019-pubblicato-avviso-della-regione-puglia/>

Attendance benefit. Dostupné on-line [25.02.2019]: <https://www.nav.no/en/Home/Benefits+and+services/Relatert+informasjon/attendance-benefit>

Bleha, B. (Ed.) (2009). *Populačný vývoj Slovenska na prelome tisícročí. Kontinuita či nová éra?* Bratislava: Geografika.

Bundesministerium für Gesundheit. *Pflegevorsorgefonds*. Dostupné on-line [15.02.2019]: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegevorsorgefonds.html>

Carer's allowance. Dostupné on-line [25. 02. 2019]. <https://www.gov.uk/carers-allowance/eligibility>

Carer's benefit. Dostupné on-line [25. 02. 2019]: <http://www.welfare.ie/en/Pages/carb.aspx>

Die Pflegestärkungsgesetze (PSG) I, II und III. Dostupné on-line [10. 05. 2019]. <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegesetz-pflegereform/pflegestaerkungsgesetze/>

Döhner, H., Kofahl, Ch. *EUROFAMCARE. Supporting Family Carers of Older People in Europe – Empirical Evidence, Policy Trends and Future Perspectives*. Dostupné on-line [27. 01. 2019]. Dostupné z: <http://www.lit-verlag.de/reihe/sufaco>

Đurana, R. (2017). *Ako určiť cenu sociálnej služby?* Bratislava: Socia.

Förder.Portal. *Pflegegeld in Österreich 2019*. Dostupné on-line [22.01.2019]: <https://www.foerderportal.at/pflegegeld-oesterreich/>

Formen der Sozialversicherung in Deutschland. Dostupné on-line [26.04.2019]: <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/sozialversicherung#>

Grammenos, S. (2018). *European comparative data on Europe 2020 & People with disabilities*. ANED. Dostupné on-line [18.01.2019]: <https://www.disability-europe.net/theme/statistical-indicators>

Huber, M. et al. (2009). *Facts and Figures on Long-Term Care. Europe and North America*. Vienna: ECSWPR.

Integrovaný portál MPSV ČR. Dostupné on-line [22.01.2019]: <https://portal.mpsv.cz/soc/dzp/pomucka>

Long-term Care Insurance in Japan. Dostupné on-line [28. 02. 2019]: <https://www.mhlw.go.jp/english/topics/elderly/care/index.html>

Mátel, A., Ondrejková, M. a N. Šimová (2017). *Návrhy systémového zabezpečenia opatrovateľskej služby a komparácia poznatkov cezhraničnej spolupráce v rámci národného projektu Podpora opatrovateľskej služby*. Bratislava: IA MPSVR SR. Dostupné on-line [15.01.2019]: https://www.ia.gov.sk/nppos/data/files/np_pos2/Navrhy_systemoveho_zabezpecenia_opatrovateľskej_sluzby_FINALNA%20VERZIA.pdf

Matsuda, S. (2001). *Long-term Care Insurance and Integrated Care for the Aged in Japan*. Dostupné on-line [2.03.2019]: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484411/>

MISSOC 2018. *Your Social Security Rights in Luxemburg*. Dostupné on-line [25.02.2019]: <file:///C:/Users/repkova/Downloads/missoc-ssg-LU-2018-en.pdf>

MPSVR SR (2018). *Správa o sociálnej situácii obyvateľstva Slovenskej republiky za rok 2017*. Dostupné on-line [22.01.2019]: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/analyticke-centrum/sprava-socialnej-situacii-obyvatelstva-slovenskej-republiky-za-rok-2017.pdf>

MPSVR SR (2017). *Správa o sociálnej situácii obyvateľstva Slovenskej republiky za rok 2016*. Dostupné on-line [22.01.2019]: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/analyticke-centrum/sprava-socialnej-situacii-za-rok-2016.pdf>

MPSVR SR (2014). *Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015-2020*. Dostupné on-line [22.01.2019]: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/nprss-2015-2020.pdf>

National Fund for Non-Self-Sufficiency. Dostupné on-line [25.02.2019]: <https://www.piemontesociale.it/fondo-non-autosufficienza>

National insurance contributions. Dostupné on-line [25.02.2019]: <https://www.nav.no/en/Home/Rules+and+regulations/National+insurance+contributions>

OECD. (2005). *Long-term Care for Older People*. Paris: OECD.

Pflegegeld 2019 in Österreich. Anspruch, Höhe, Pflegestufen. Dostupné on-line [15.02.2019]: <https://www.foerderportal.at/pflegegeld-oesterreich/>

Příspěvek na péči 2018. Dostupné on-line [25.02.2019]: <https://www.penize.cz/socialni-davky/333232-prispevek-na-peci-2018-kolik-dela-a-jak-zadat>

Recommendation of the Council of Europe No R (98) 9 on dependence adopted by the Committee of Ministers on 18 September 1998.

Repková, K. (2014). *Odkázanosť na pomoc inej osoby v oblasti sebaobsluhy vo verejnej politike – vybrané výskumné otázky*. Bratislava: IVPR. Dostupné on-line [21.01.2019]: https://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2014/Repkova/2286_ciastkova_web.pdf

Repková, K. (2011). *Dlhodobá starostlivosť v kontexte integrovanej sociálnej práce*. Bratislava: IVPR.

Repková, K. (2010). *Podpora neformálne opatrovujúcich osôb – odporúčania pre sociálno-politickú prax (časť: Financovanie dlhodobej starostlivosti – prieskum verejnej mienky)*. Bratislava: IVPR. Dostupné on-line [15.01.2019]:

<https://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2010/Repkova/VU%202406%20ENG.pdf>

Repková, K., Kešelová, D. a Ondrušová, D. (2016). *Vývoj sociálnej situácie osôb so zdravotným postihnutím a ich rodín – sekundárna výskumná analýza*. Bratislava: IVPR: Dostupné on-line [21.01.2019]:

https://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2016/Repkova/vyvoj_socialnej_situacie_osob_s_o_zp_vu_repkova_2016.pdf

Revue pro sociální politiku a výzkum. *Počet příjemců příspěvku na péči v obcích v letech 2014 až 2017*. Dostupné on-line [22.01.2019]: <https://socialnipolitika.eu/2018/08/pocet-lidi-s-prispevkem-na-peci-v-obcich-2014-2017/>

Schröttle, M., Anders, P., Sarkissian, H. a Ch. Pierl (2018). *Country report on disability assessment – Germany*. Dostupné on-line [26.04.2019]: <https://www.disability-europe.net/country/germany>

Statistisches Bundesamt. *Pflegestatistik 2017* (2018). Dostupné on-line [21.01.2019]: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlander_ergebnisse5224001179004.pdf;jsessionid=91CDB36D53408DBE0B0D13E384F60361.InternetLive1?__blob=publicationFile

Štatistický úrad SR (2017). *Štatistická ročenka Slovenskej republiky*. Bratislava: VEDA.

The 2018 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projections Methodologies. Dostupné on-line [22.01.2019]: https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/2018-ageing-report-underlying-assumptions-and-projection-methodologies_sk

Úrad splnomocnenca vlády pre rozvoj občianskej spoločnosti (2017). *Akčný plán Iniciatívy pre otvorené vládnutie v Slovenskej republike na roky 2017-2019*. Dostupné on-line [21.01.2019]: http://www.minv.sk/swift_data/source/rozvoj_obcianskej_spolocnosti/otvorene_vladnutie/akcne_plany/2017_2019/OGP_Akcny-plan-2017-19.pdf

Versicherung für Selbständige. Dostupné on-line [15.02.2019]: <http://www.versicherung-fuer-selbststaendige.de/gesetzliche-pflegeversicherung-selbststaendige/>

Vláda SR. (2016). *Programové vyhlásenie vlády SR na roky 2016-2020*. Dostupné on-line [21.01.2019]: <https://www.vlada.gov.sk/data/files/7179.pdf>

Zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia (v platnom znení)

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách (v platnom znení)

Príloha A: Príjmy a výdavky na vybrané OPIO intervencie

Opatrovateľská služba – príjmy a výdavky

PRÍJMY z poskytovania opatrovateľskej služby v roku 2017	Celkom k 31. 12. 2017	v tom					
		bežné transfery zo štátneho rozpočtu	kapitálové transfery zo štátneho rozpočtu	z rozpočtu obcí	z rozpočtu VÚC	zo zaplatenej dohodnutej ceny sociálnej služby	sponzorské dary, verejné zbierky
obce	22 704 102	7 376 609	84 858	8 585 450	29 978	6 594 752	32 455
neverejní poskytovatelia	21 091 685	11 742 872	38 394	2 675 243	933 370	5 508 752	193 055
SPOLU SR	43 795 787	19 119 481	123 252	11 260 693	963 348	12 103 504	225 510

Zdroj: Výkaz MPSVR 11-01 a 7-01

VÝDAVKY na poskytovanie opatrovateľskej služby v roku 2017	Celkom k 31. 12. 2017	z toho				
		mzdy	odvody	tovary a služby	bežné transfery	kapitálové výdavky
obce	38 979 450	26 371 931	8 996 552	2 725 633	828 522	56 812
neverejní poskytovatelia	20 645 936	13 232 539	4 756 921	2 232 607	393 916	29 953
SPOLU SR	59 625 386	39 604 470	13 753 473	4 958 240	1 222 438	86 765

Zdroj: Výkaz MPSVR 11-01 a 7-01

OPIO zariadenia – príjmy a výdavky

Druh zariadenia	Celkové príjmy za rok 2017	v tom				
		príspevok MPSVR SR	z rozpočtu samosprávneho kraja	z rozpočtov obcí	zo zdravotných poisťovní	za poskytované sociálne služby
domovy sociálnych služieb	146 509 347	1 797 951	102 243 805	118 004	107 208	35 894 324
zariadenie pre seniorov	167 911 493	51 002 470	18 212 999	12 095 069	173 499	73 809 580
špecializované zariadenie	71 688 034	787 679	41 237 105	539 443	183 288	23 351 399
denný stacionár	12 245 297	9 920 216	36 670	481 759	5 101	996 211
zariadenia podporovaného bývania	3 775 071	37 354	2 776 515	25 943	199	815 884
rehabilitačné strediská	3 294 557	708 298	2 076 509	9 661	1 443	134 954
zariadenia opatrovateľskej služby	21 560 058	7 805 328	0	3 314 960	80 661	8 768 494
SPOLU OPIO v SR	426 983 857	72 059 296	166 583 603	16 584 839	551 399	143 770 846

Druh zariadenia	Celkové výdavky	z toho					Výdavky na zdravotnú starostlivosť
		bežné	mzdové náklady	odmeny - dohody	povinné sociálne poistenie	obstaranie dlhodobého hmotného a nehmotného majetku	
domovy sociálnych služieb	146 789 429	41 048 528	69 848 448	340 986	24 909 694	9 524 204	265 837
zariadenie pre seniorov	169 218 322	62 511 505	74 361 879	1 086 741	26 207 953	3 575 729	318 388
špecializované zariadenie	71 910 191	22 094 649	34 533 713	271 104	12 095 485	2 527 416	117 428
denný stacionár	12 481 839	4 655 314	5 538 210	156 727	1 997 435	68 263	5 609

zariadenia podporovaného bývania	3 802 601	1 159 284	1 758 289	27 879	628 442	152 429	791
rehabilitačné strediská	3 267 717	813 914	1 746 113	34 919	607 795	56 357	534
zariadenia opatrovateľskej služby	21 897 073	7 345 524	10 428 829	101 998	3 688 783	167 689	97 062
SPOLU OPIO v SR	429 367 172	139 628 718	198 215 481	2 020 354	70 135 587	16 072 087	805 649

Zdroj: Výkaz ŠÚ SR Soc 1-01

Peňažný príspevok na opatrovanie a peňažný príspevok na osobnú asistenciu

Rozsah verejných výdavkov na oba peňažné príspevky v rokoch 2013-2017 znázorňuje tabuľka.

Tabuľka: Výdavky na peňažný príspevok na osobnú asistenciu a peňažný príspevok na opatrovanie v rokoch 2013-2017

Druh OPIO peňažného príspevku	2013	2014	2015	2016	2017
PP na opatrovanie	105 814 295 €	104 309 411 €	97 335 801 €	92 364 482 €	110 681 082 €
PP na osobnú asistenciu	38 826 770 €	41 533 694 €	43 049 704 €	44 505 527 €	45 835 122 €

Zdroj: Správa o sociálnej situácii obyvateľstva SR (za roky 2014, 2015, 2016, 2017, 2018)

Nasledujúca tabuľka sumarizuje výdavky na vybrané druhy OPIO intervencií v roku 2017 (nie sú v nich zahrnuté verejné zdroje na zdravotné a sociálne poistenie osobných asistentov/asistentiek a poberateľov/poberateľiek peňažného príspevku na opatrovanie).

Tabuľka: Prehľad výdavkov na vybrané OPIO intervencie v roku 2017

Druh OPIO intervencie	Opatrovateľská služba (OS)	OPIO zariadenia sociálnych služieb	Peňažný príspevok na opatrovanie	Peňažný príspevok na osobnú asistenciu	Spolu
Počet prijímateľov/prijímateľiek	cca 17 100	cca 45 600	cca 53 000	cca 9 700	142 500
Celkové výdavky	59 625 386 €	429 367 172 €	110 681 082 €	45 835 122 €	645 508 762 €

Príloha B: OPIO verejné politiky vo vybraných krajinách – bližšie informácie

A. OPIO verejné politiky založené na redistribúcii verejných zdrojov (nepríspevkový OPIO systém)

Verejné politiky primárne založené na redistributívnom nepríspevkovom princípe možno vnútorne deliť podľa toho, či kmeňové právne nároky z nich vyplývajúce nie sú príjmovovo testované (vykazujúce prvky systému štátnej sociálnej podpory) alebo sa odvodzujú od príjmu a majetku OPIO osoby, príp. jej rodiny (na princípe sociálnej pomoci).

A1. OPIO plnenia nezaložené na testovaní príjmu

Príkladom takýchto OPIO politik je napr. systém v Rakúsku, Českej republike, Veľkej Británii, Nórskom kráľovstve či v Taliansku.

OPIO politika v Rakúsku

- za nastavovanie pravidiel OPIO politiky je zodpovedné *Spolkové ministerstvo práce, sociálnych vecí, zdravia a ochrany spotrebiteľa*; v každej krajine má zriadené spolkové úrady pre účely informovania o OPIO politike a administrovania žiadostí o OPIO príspevky,
- od roku 1993 je platný spolkový zákon o **príspevku na starostlivosť** (Bundespflegegeldgesetz), ktorý bol v roku 2011 reformovaný zákonom o príspevku na starostlivosť (Pflegegeldreformgesetz) (vstúpil do platnosti v roku 2012),
- od roku 2012 platí aj *zákon o fonde na starostlivosť* (Pflegefondgesetz) na roky 2011-2021 spravovaný na spolkovej úrovni za účelom podporovať formou účelových dotácií jednotlivé krajiny v podpore zabezpečovania dlhodobej starostlivosti o OPIO osoby (dotácia od 100 mil. € v roku 2011 po plánovaných 417 mil. € v roku 2021),
- *OPIO osobou* je osoba, u ktorej telesné, duševné, psychické a senzorické postihnutie vedie k potrebe pomoci inou osobou, a to v rozsahu najmenej 65 hodín týždenne a po dobu najmenej 6 mesiacov,
- v roku 2018 cca 5% rakúskej populácie bolo uznaných za OPIO podľa stanovených kritérií,
- hlavným OPIO nástrojom je *príspevok na starostlivosť* (Pflegegeld), ktorý je určený na úhradu zvýšených nákladov OPIO osoby pri zaobstarávaní si potrebnej starostlivosti/opatery; je financovaný zo štátneho rozpočtu (z daňových výnosov), administruje sa zo štátnej úrovne, nie je príjmovovo a majetkovo testovaný a je poskytovaný nezávisle od veku OPIO osoby a prostredia, v ktorom sa potrebná starostlivosť poskytuje,
- príspevok na starostlivosť sa poskytuje v závislosti od *OPIO stupňov* ustanovených v hodinách:

Tabuľka: OPIO stupne ustanovené v hodinách/mesačne a zodpovedajúca výška príspevku na starostlivosť/mesiac v Rakúsku

	1. úroveň	2. úroveň	3. úroveň	4. úroveň	5. úroveň	6. úroveň	7. úroveň
Počet hodín	Viac ako 65 hodín	Viac ako 95 hodín	Viac ako 120 hodín	Viac ako 160 hodín	Viac ako 180 hodín	Viac ako 180 hodín + ťažká koordinácia starostlivosti, pravdepodobnosť ohrozenia opatrujúcej osoby	Viac ako 180 hodín + neovládanie končatín a nemožná funkčná kompenzácia
Výška príspevku	157,30€	290€	451,80€	677,60€	920,30€	1 285,20€	1 688,90€

Zdroj: Pflegegeld 2019; <https://www.foerderportal.at/pflegegeld-oesterreich/>

- 80% OPIO osobám sa poskytuje zdravotno-sociálna starostlivosť v domácom prostredí, najmenej je využívaná pobytová starostlivosť,
- na podporu domácej starostlivosti je od júla 2007 platný zákon o domácej starostlivosti (Hausbetreuungsgesetz), ktorý umožňuje poskytovať 24-hodinovú domácu opatrovateľskú starostlivosť pre osoby s minimálne 3. OPIO stupňom a čistým mesačným príjmom nie vyšším ako 2 500€. Neformálne opatrujúca osoba nemusí byť blízkou osobou a na uvedený účel môže byť z Podporného fondu (Unterstützungsfond) pre takúto osobu poskytnutých mesačne maximálne 550€ alebo maximálne 1 100€ pre dvoch profesionálnych opatrovateľov,
- existuje systém podpory opatrujúcich príbuzných osôb:
 - príspevok na náhradnú starostlivosť (Zuwendung für die Ersatzpflege) v prípade choroby alebo dovolenky na maximálne 28 dní v roku z Podporného fondu,
 - dôchodkové a zdravotné poistenie uhrádzané zo strany federálnej vlády v prípade, že takáto osoba nepracuje a opatruje osobu v minimálne 3. OPIO stupni,
 - podpora vzdelávania a tréningov v oblasti starostlivosti,
 - podpora zosúladovania práce a opatrovania (opatrovateľská dovolenka a čiastočná opatrovateľská dovolenka, príspevok na dovolenku, rodinná opatrovateľská dovolenka).

Mátel, Ondrejková a Šimová (2017) považovali zavedenie a fungovanie príspevku na starostlivosť umožňujúceho slobodnú voľbu OPIO osoby, legalizáciu a financovanie 24-hodinovej domácej opatrovateľskej starostlivosti a podporu neformálne opatrujúcich osôb za **pozitíva** rakúskeho OPIO systému. Naopak, za **negatíva** označili jeho neadresnosť (výška príspevku bez ohľadu na druh a formu poskytovanej sociálnej služby), rozdiely v dostupnosti

potrebných OPIO služieb v jednotlivých spolkových krajinách či preťaženie príbuzných, ktorí zabezpečujú potrebnú starostlivosť vo výške 80%.

OPIO politika v Českej republike

- OIPO politiku riadi *Ministerstvo práce a sociálnych vecí ČR* a vykonáva ju v spolupráci s Českou správou sociálneho zabezpečenia a úradmi práce, krajmi a obcami,
- jadrovým nástrojom je **příspěvek na péči** upravený od roku 2006 v rámci zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách; příspěvek je nepoistnou dávkou piliera sociálních služieb (resp. sociálnej pomoci) hradenou zo štátneho rozpočtu, je poskytovaný pre OPIO osoby staršie ako 1 rok bez posudzovania ich príjmu a majetku,
- *OPIO osobou* je osoba vyžadujúca mimoriadnu starostlivosť z dôvodu OPIO v 10 oblastiach: mobilita, orientácia, komunikácia, stravovanie, obliekanie a obúvanie, vykonávanie telesnej hygieny, fyziologickej potreby, starostlivosti o svoje zdravie, pomoci v domácnosti či pri osobných a sociálnych aktivitách,
- v roku 2017 cca 3,3% českej populácie vo veku 1+ bolo uznaných za OPIO podľa stanovených kritérií a poberali príslušnú dávku,
- *OPIO posudzuje lekárska posudková služba okresnej správy sociálneho zabezpečenia*, pričom OPIO je ustanovená do 4 stupňov,
- výška příspěvku na péči sa stanovuje v závislosti od OPIO stupňa a veku OPIO osoby (v prípade detí ho možno za stanovených právnych podmienok ešte navýšiť):

Tabuľka: Výška příspěvku na péči podľa OPIO stupňa a veku OPIO osoby v ČR

OPIO stupeň	OPIO osoby do 18 rokov veku		OPIO osoby nad 18 rokov veku	
	Nezvládnutí životné potreby	Mesačná výška příspěvku	Nezvládnutí životné potreby	Mesačná výška příspěvku
I. (ľahká závislosť)	3	3 300 Kč/ 124,68€	3-4	880 Kč/ 33,25€
II. (stredne ťažká závislosť)	4-5	6 600 Kč/ 249,37€	6-6	4 400 Kč/ 166,24€
III. (ťažká závislosť)	6-7	9 900 Kč/ 374,05€	7-8	8 800 Kč/332,49€
IV. (úplná závislosť)	8-9	13 200Kč/ 498,73€	9-10	13 200 Kč/498,73€

Zdroj: Příspěvek na péči, 2018

- od roku 2015 sa poskytujú zo strany MPSV ČR krajom tzv. *účelové dotácie*, ktoré na základe vypracovaného strednodobého plánu rozvoja sociálnych služieb a ustanovenej krajskej siete sociálnych služieb rozdeľuje kraj vo forme vyrovnávacej platby poskytovateľom sociálnych služieb zaradených do tejto siete na účely financovania ich *prevádzkových nákladov*,

- je možné aj poskytovanie príjmovovo testovaných *peňažných plnení pre osoby so zdravotným postihnutím* - opakovaného príspevku na mobilitu či jednorazového príspevku na zvláštnu pomôcku (Integrovaný portál MPSV),
- *neformálne opatrujúce osoby* sú podporované formou:
 - zvýhodnenia sadzieb sociálneho a zdravotného poistenia a zliav na daniach,
 - započítavania obdobia starostlivosti ako náhradnej doby zamestnania pre účely podpory v nezamestnanosti po ukončení opatrovania,
 - podpory zosúladovania práce a starostlivosti/opatrovania formou flexibilných foriem práce (napr. práca na skrátenej úväzok).

Za **pozitíva** českého modelu OPIO politiky označili Mátel, Ondřejková a Šimová (2017) najmä prepojenie zdravotno-sociálnych služieb pre OPIO osoby na úrovni obcí; možnosť kombinovať formálnu a neformálnu OPIO starostlivosť, zavedenie príspevku na starostlivosť podľa OPIO stupňa a veku OPIO osoby a zabezpečenie kontinuity poskytovania OPIO sociálnych služieb cez mechanizmus krajského strategického plánovania a krajskej siete sociálnych služieb. Ako **negatíva** uviedli absenciu vecnej dávky na starostlivosť (financovanie priamo OPIO poskytovateľov), statusové rozdiely v zdravotnom a sociálnom personáli OPIO sociálnych služieb a nedostatočné reálne benefity pre neformálne opatrujúce osoby.

OPIO politika vo Veľkej Británii

- ústredným orgánom štátnej správy na úseku OPIO je *Ministerstvo práce a dôchodkov* zodpovedné aj za správu štátnych dôchodkov,
- za plánovanie, poskytovanie, koordinovanie a kontrolu kvality OPIO sociálnych služieb sú zodpovedné *hlavné miestne rady* (principal councils); rovnako posudzujú potrebnosť OPIO služieb a uzatvárajú zmluvy s verejnoprávnymi, súkromnými, neziskovými a dobrovoľníckymi organizáciami,
- typicky pre **liberálny model** sociálnej politiky/štátu sa stavia na princípe *subsidiarity* (primárnou je neformálna starostlivosť) a *osobnej zodpovednosti ľudí* (overovanie, či si OPIO osoba nevie riešiť situáciu sama, resp. za pomoci svojej rodiny, zo svojich úspor, majetku, súkromného sporenia alebo vo forme pôžičiek),
- do *Fondu národného poistenia* (National Insurance Fund) sú transferované odvody každého jedinca od 16 rokov veku pracujúceho vo Veľkej Británii; poistenie je základom pre poistné plnenia v oblasti dôchodkového, zdravotného, nemocenského poistenia a a poistenia v nezamestnanosti,
- OPIO intervencie sú financované z *centrálnych a lokálnych daní* a úhrad od prijímateľov a prijímateľiek OPIO služieb; centrálné dotácie nie sú účelovo viazané, ale od roku 2008 vymedzené *národnými indikátormi* (National Indicators Set), medzi ktorými sú aj indikátory zamerané na OPIO pomoc a podporu,

- centrálnym OPIO plnením je príjmovo a majetkovo netestovaný **príspevok na podporu účasti** (attendance allowance), ktorý sa poskytuje osobám po dosiahnutí veku na štátny dôchodok vo výške 57,30£ týždenne (pri starostlivosti buď cez deň alebo v noci) alebo 85,60£ týždenne (pri potrebe starostlivosti cez deň aj v noci); odkázanosť na pomoc musí trvať najmenej 6 mesiacov; poberanie príspevku je základom pre získanie *iných dávok* – penzijného kreditu (pension credit), príspevku na bývanie (housing benefit) či daňovej úľavy (council tax reduction),
- ak OPIO osoba nedosiahla dôchodkový vek, môže získať tzv. *dávku na osobnú nezávislosť* (personal independence payment),
- veľmi je podporovaná *neformálna starostlivosť v domácom prostredí*, ktorá sa určitými podpornými opatreniami „poloprofessionalizuje“:
 - v roku 2004 bol prijatý *zákon zameraný na rovnaké príležitosti pre neformálne opatrojúce osoby* (Carers (Equal Opportunities) Act) a v roku 2008 *Národná stratégia pre opatrojúce osoby* (National Strategy for Carers) s cieľom dať neformálne opatrovujúcim osobám status cieľovej skupiny sociálnej politiky,
 - neformálne opatrovujúcim osobám sa poskytuje poradenstvo, komplexné informácie a vzdelávanie pre opatrovanie,
 - poskytuje sa možnosť odľahčenia z opatrovateľskej činnosti (pilotne financované vládou),
 - zvýšená zdravotná starostlivosť,
 - podpora zvyšovania kvalifikácie a návratu na trh práce po ukončení opatrovania,
 - možnosť poskytovať **príspevok pre opatrovateľa** (carer's allowance) financovaný centrálnou vládou z prostriedkov *Grantu na opatrovanie* (carers' grant) a administrovaný miestnou samosprávou; za zákonom stanovených podmienok sa príspevok poskytuje opatrojúcej osobe staršej ako 16 rokov, ak týždenne opatruje najmenej 35 hodín OPIO osobu, ktorá poberá niektorý z príspevkov preukazujúcich jej OPIO (napr. attendance allowance); poskytuje sa vo výške 64,60£ týždenne; je predmetom zdanenia (Carer's allowance, [on-line]),
 - ak sa opatrojúca osoba stará minimálne 20 hodín týždenne a nemôže pre opatrovanie pracovať a prispievať do národného systému poistenia za účelom získania štátneho dôchodku, môže získať tzv. *kredit opatrovateľa* (carer's credit), ktorý „vyplní jej dieru“ vo Fonde národného poistenia.

Mátel, Ondrejková a Šimová (2017) **oceňovali** v OPIO systéme Veľkej Británie primárny dôraz na neformálnu starostlivosť v domácom prostredí a uznanie práce neformálne opatrovujúcich osôb ako cieľovej skupiny sociálnej politiky; rovnako dôraz na uplatňovanie kontrolných mechanizmov a hodnotenia kvality OPIO služieb. Na druhej strane, **kriticky hodnotili** nerovnomernosť platieb pre OPIO služby v jednotlivých samosprávach, znižovanie miestnych výdavkov v tejto oblasti, čo viedlo k ukončovaniu činnosti viacerých agentúr a tým k znižovaniu

možnosti výberu OPIO ľudí v ostatných rokoch. Rovnako kritizovali nezáväznú povahu opatrení, ktoré by mali prijímať zamestnávateľia smerom k flexibilita pracovných podmienok pre neformálne opatrojúce osoby.

OPIO politika v Nórskom kráľovstve

- je reprezentantom **sociálno-demokratického modelu** sociálneho štátu,
- problematika OPIO starších ľudí a osôb so zdravotným postihnutím sa rieši v pôsobnosti *troch ministerstiev* – Ministerstva práce a sociálnych vecí, Ministerstva zdravotníctva a služieb starostlivosti a Ministerstva pre deti a rovnosť príležitostí,
- základom sociálneho zabezpečenia ľudí je *národná schéma poistenia* (National Insurance Scheme), z čoho sa vyplácajú sociálne dávky, vrátane dávky na starostlivosť o OPIO osoby; výška odvodov je stanovená osobitne pre rozličné skupiny dospelých ľudí – v roku 2018 to bolo u zamestnancov/zamestnankyň 8,2% z hrubého príjmu, u SZČO 11,4% a u dôchodcov 5,1% (National insurance contributions, [on-line]),
- väčšina prostriedkov dlhodobej starostlivosti má formu *vecných plnení* na základe *univerzálnej schémy dlhodobej starostlivosti* financovanej z vnútroštátnych daní a realizovaných na miestnej úrovni,
- očakáva sa aj finančná spoluúčasť OPIO osôb, a to v závislosti od požadovanej starostlivosti, ktorú posudzujú agentúry miestnej samosprávy; výška úhrad je určená zákonom pri zachovaní majetkových práv OPIO ľudí; spoluúčasť je najmä pre účely spolufinancovania IADL v domácnosti či pri pobytovej starostlivosti,
- rozsiahla je aj *podpora neformálne opatrojúcich osôb* formou:
 - **dávky na starostlivosť** pre OPIO osoby (attendance benefit), ktorá sa poskytuje na účely neformálnej pomoci pri sebaobslužbe, stimulácii, tréningu a fyzickej aktivite, keď OPIO trvá 2-3 roky a viac a má rozsah min. 2-2,5 hodiny týždenne; nepokrývajú sa ňou náklady udržiavania domácnosti, varenia či nakupovania, ani náklady formálnej starostlivosti; dávka má rozličnú výšku, v závislosti od stupňa odkázanosti, ktorých je celkovo 6 (Attendance benefit, [on-line]),
- neformálne opatrojúcim osobám môže obec poskytovať aj tzv. *peňažný príspevok na starostlivosť* (cash benefit for care); je to fakultatívna dávka poskytovaná najmä pri osobitne náročnej opatrovateľskej práci; dávka na starostlivosť z národného poistenia má však „prednosť“ pred municipálnym príspevkom na starostlivosť.

Podľa Mátela, Ondrejčkovej a Šimovej (2017) spočívajú **pozitíva** OPIO modelu v Nórsku predovšetkým v intenzívnom prepojení sociálneho a zdravotníckeho sektora, aj cez schému národného poistenia a vo vysokom HDP na dlhodobú starostlivosť; vo vysokom zastúpení verejného sektora starostlivosti a v municipálnej podpore, najmä pri intenzívnej opatrovateľskej práci. Na druhej strane, fakultatívnosť municipálnej podpory, nižšiu

angažovanosť neziskového sektora a potrebu spolufinancovania výkonu praktických úkonov v domácnosti zo strany OPIO osôb považovali za **negatíva** OPIO systému tejto krajiny.

OPIO politika v Taliansku

- ide o „**stredomorský**“ model sociálneho štátu založený na centrálnom postavení rodiny v zabezpečovaní potrieb OPIO osôb; systém preferuje finančné plnenia, než budovanie systému sociálnych služieb a na ne smerované vecné plnenia,
- zodpovednosť v otázkach OPIO má *Národný úrad zdravia a obce*; plánovanie, koordináciu a monitorovanie výkonu OPIO služieb majú v pôsobnosti kraje,
- zamestnanci/zamestnankyne i SZČO sú členmi povinného systému sociálneho poistenia (*Národný inštitút sociálneho zabezpečenia*), kde sa posudzujú aj potreby osobitnej podpory z dôvodu OPIO a vyplácajú sa príslušné dávky financované z daní,
- nástroje podpory dlhodobej starostlivosti sú veľmi fragmentované na úrovni centrálnej, regionálnej a miestnej,
- jadrovým OPIO príspevkom financovaným z Národného inštitútu sociálneho zabezpečenia pre OIPO osoby je **príspevok na starostlivosť/sprevádzanie**, ktorý sa priznáva na základe posúdenia OPIO stupňa pri neschopnosti samostatného pohybu a pri potrebe sprievodu alebo pomoci pri ADL na účely nákupu OPIO služieb; príspevok sa poskytuje na mesačnej báze, bez ohľadu na vek a finančnú situáciu OPIO osôb,
- inou formou OPIO pomoci sú rezidenčné služby sociálnej starostlivosti poskytované na miestnej úrovni – služby domácej starostlivosti, semi-rezidenčné a rezidenčné zariadenia;
- na doplnenie OPIO zdrojov z regionálnej a lokálnej úrovne Ministerstvo práce a sociálnej politiky založilo v roku 2006 tzv. *Národný fond pre odkázanosť* na garantovanie určitej úrovne zdravotno-sociálnej starostlivosti pre OPIO osoby; vyhláškou ministerstva sa každoročne určuje výška jeho alokácie pre regióny (National Fund, [on-line]),
- *podpora neformálnej a súkromnej opatrovujúcich osôb*:
 - cieľom domácej starostlivosti je *zabrániť inštitucionalizácii*, a to aj za pomoci nekvalifikovanej podpory migrujúcej opatrovateľskej sily (badanti),
 - regióny a obce poskytujú *príspevok na opatrovanie* (care allowance) pre osoby vo vysokom stupni OPIO, pričom sa zohľadňuje ekonomická situácia jednotlivcov a rodín; sú určené najmä na podporu starostlivosti v domácom prostredí; v tejto forme podpory existujú veľké regionálne rozdiely (Asseglo di cura, [on-line]),
 - domáci opatrovatelia majú možnosť využívať 3 dni pracovného voľna ročne s náhradou mzdy rovnako možnosť 2-ročnej dovolenky z vážnych rodinných dôvodov bez náhrady mzdy.

Mátel, Ondrejková a Šimová (2017) **oceňovali** na talianskom OPIO modeli najmä presun kompetencií v OPIO oblasti zo štátu na regióny a obce (pri zachovaní finančnej podpory zo

strany štátu) a dôraz na neformálnu starostlivosť a benefity pre neformálne opatrojúce osoby. Na strane druhej, za **negatíva** označili preferovanie finančných plnení pred vecnými, čo súvisí s menej rozvinutým systémom OPIO sociálnych služieb; rovnako dualitu zdravotného a sociálneho systému s rozličnými princípmi organizácie, riadenia a financovania služieb.

A2. OPIO plnenia založené na testovaní príjmu

Sociálne dávky/finančné plnenia aj sociálne služby/vecné plnenia sú založené na testovaní príjmu a majetku OPIO osoby, príp. osôb s vyživovacou povinnosťou a v rámci systému sociálnej ochrany (sociálneho zabezpečenia) sú primárne organizované ako súčasť piliera sociálnej pomoci. Príkladom takejto OPIO politiky je situácia na Slovensku, ktorú sme podrobne popísali v časti 1.3 tejto štúdie.

B. OPIO verejné politiky založené na poistení (príspevkový OPIO systém)

V tejto časti prílohy uvedieme príklady krajín, v ktorých je OPIO verejná politika vo významnej miere postavená na prispievaní do OPIO poistenia. Osobitnú a najpodrobnejšiu pozornosť budeme venovať systému v Nemeckej spolkovej republike.

B1. OPIO poistenie v Nemeckej spolkovej republike

V úvode zosumarizujeme niekoľko východiskových štatistických údajov týkajúcich sa populácie osôb, ktoré boli v roku 2017 podľa nemeckého právneho systému poistenia v odkázanosti (*Pflegeversicherungsgesetz*; ďalej len „OPIO poistenie“) uznané za OPIO a poberali nejakú formu plnenia z OPIO poistenia (Pflege statistik, 2018):

- celkovo šlo o 3,4 mil. OPIO osôb, čo predstavovalo cca 4,1% z celkovej populácie 82,8 mil. obyvateľov a obyvateľiek NSR; v porovnaní s rokom 2015 šlo o nárast o 19%, a to aj pod vplyvom nových legislatívnych pravidiel od januára 2017 (budú popísané nižšie),
- 63% bolo OIPO žien a 37% OPIO mužov,
- 81% OPIO osôb bolo 65-ročných a starších a 35% bolo 85-ročných a starších; pritom medzi 70-75 ročnými bolo celkovo 6% OPIO osôb, zatiaľ čo medzi osobami 90-ročnými a staršími to bolo až 71% takých, ktorí boli uznaní za OPIO,
- 76% OPIO osobám bola poskytovaná starostlivosť v domácom prostredí (z toho v 68% blízkymi a v 32% v privátnych domácnostiach),
- najodkázanejšie osoby (OPIO stupeň 5) boli častejšie opatrované v plne rezidenčnej starostlivosti (16%, oproti domácej starostlivosti v rozsahu 4%).

OPIO poistenie v systéme sociálneho poistenia NSR

Uspokojovanie sociálnych potrieb ľudí a pokrývanie nákladov uznaných druhov sociálnych rizík sa v NSR realizuje predovšetkým na základe pracovného výkonu a produktivity človeka (**konzervatívny výkonový model sociálneho štátu**). *Povinné sociálne poistenie* má päť pilierov:

a) poistenie pre prípad nezamestnanosti (Arbeitslosenversicherung);

b) zákonné zdravotné poistenie (gesetzliche Krankenversicherung);

c) dôchodkové poistenie (Rentenversicherung);

d) zákonné úrazové poistenie (Unfallversicherung);

e) **OPIO poistenie/poistenie pre starostlivosť** (Pflegeversicherung).

Účasť v systéme je povinná pre celú populáciu, pričom cca 85% z nej sa zúčastňuje verejného poistného systému, a cca 15% súkromného. V tabuľke sú uvedené výšky odvodov pre jednotlivé piliere povinného sociálneho poistenia, ktoré predstavujú sumárne cca 40% z hrubej mzdy.

Tabuľka: Výška odvodov na jednotlivé piliere zákonného sociálneho poistenia v NSR (v r. 2019)

Typ poistenia	Výška odvodu	Poznámka
Zdravotné poistenie	14,6%	paritne zamestnávateľ a zamestnanec + dodatočný odvod podľa konkrétnej zdravotnej poisťovne
Dôchodkové poistenie	18,7%	paritne zamestnávateľ a zamestnanec
Poistenie v nezamestnanosti	2,5%	paritne zamestnávateľ a zamestnanec
Úrazové poistenie	1,3%	zamestnávateľ
Poistenie v odkázanosti (OPIO-P)	3,05	paritne zamestnávateľ a zamestnanec (s výnimkou, pozri nižšie)
<i>Spolu odvodové zaťaženie práce</i>	<i>40,15%</i>	

Zdroj: Formen; <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/sozialversicherung#>

Čo sa týka špeciálne OPIO poistenia, toto bolo zavedené v NSR do systému sociálneho poistenia v roku 1995. Do tohto obdobia bola starostlivosť o dlhodobo odkázané osoby poskytovaná primárne zo strany rodiny a štát poskytoval finančné prostriedky len tým, ktorí si neboli schopní uhrádzať náklady starostlivosti z vlastných zdrojov. Hlavnými *dôvodmi* zavedenia tohto typu poistenia bolo demografické starnutie nemeckej populácie (rast počtu starších ľudí, zvyšovanie veku dožitia pri súčasnom zvyšovaní OPIO v najvyšších vekových kategóriách); snaha o zmierňovanie ekonomickej záťaže jednotlivcov a rodín v situácii prítomnosti OPIO a jej prehlbovania vekom; štrukturálne zmeny v rodinnej inštitúcii a znižovanie potenciálu rodín zabezpečovať záväzky osobnej starostlivosti o OPIO blízkych; podpora rodín pri zabezpečovaní kvality života OPIO osôb každého veku a vytvorenie podmienok pre možnosť čo najdlhšieho zotrvania v domácom prostredí (princíp subsidiarity).

Prispievanie do OPIO poistenia

- účasť v systéme zdravotného a OPIO poistenia je povinná pre celú populáciu. V prípade, že niekto platí verejné zdravotné poistenie, automaticky platí aj verejné OPIO poistenie;
- deti sú OPIO poistené automaticky, spravidla do 18 rokov veku alebo do doby, kedy sa stávajú zaopatrenými,
- do systému OPIO poistenia povinne prispievajú zamestnanci/zamestnankyne aj zamestnávateľia rovnakým pomerom 50% (tzv. *paritné prispievanie*). Od roku 2019

predstavuje súhrnný príspevok na OPIO poistenie **3,05% z hrubej mzdy** zamestnanca/zamestnankyne, pričom 1,525% prispieva zamestnanec/zamestnankyňa a 1,525% zamestnávateľ,

- v prípade bezdetných poistencov/poistenkýň od 24 rokov veku a tých, ktorí sa narodili po roku 1940, predstavuje súhrnný príspevok do OPIO poistenia **3,30% z hrubej mzdy** (1,525% prispieva zamestnávateľ a 1,775% zamestnanec/zamestnankyňa),
- poistenec/poistenkyňa musí odvádzať príspevky do OPIO poistenia *minimálne po dobu 2 rokov* za posledných 10 rokov pred podaním žiadosti, aby mu/jej vznikol nárok na OPIO-P plnenia,
- zákon ustanovuje *príjmovú hranicu/strop pre prispievanie* (Beitragsbemessergrenze), nad ktorú sa už výška príspevku do OPIO poistenia nezvyšuje (pre rok 2019 je to suma 4 537,50€ mesačne),
- v prípade **SZČO** predstavuje príspevok do OPIO poistenia **1,95%**, u bezdetných je zvýšený o 0,25% (spolu **2,2%**), čo neplatí u tých, ktorí sa narodili pred rokom 1940 (Versicherung für Selbstständige, [on-line]),
- v prípade, že ide o SZČO a o osoby, ktoré zarábajú viac ako 57 600€ ročne (4 800€ mesačne), tieto sa poisťujú v rámci súkromného zdravotného poistenia,
- vyše 85% populácie využíva systém verejného poistenia,

Za účelom vytvorenia „finančnej rezervy“ pre pokrývanie OPIO nákladov po roku 2034 bol v roku 2015 prijatím prvého Zákona na posilnenie starostlivosti (Pflegestärkungsgesetz) zavedený tzv. *Fond pre dlhodobú starostlivosť* (Pflegevorsorgefonds). Od roku 2034 dosiahne totiž skupina ľudí narodených v rokoch 1959-1967 (baby-boom generácia) vek 75 rokov a rozsah potrebných OPIO plnení nebude možné pokrývať z prostriedkov naakumulovaných podľa súčasných odvodových pravidiel. Ročne sa odvádza do Spolkovej Banky (Bundesbank) 0,1% z ročného rozsahu OPIO príspevkov. Počas 20 rokov by sa tak mala naakumulovať suma, ktorá pomôže garantovať OPIO plnenia bez potreby zásadnejšie zvyšovať OPIO odvodové príspevky (Pflegevorsorgefonds, [on-line]).

Posudzovanie OPIO

- *osoba je OPIO* (pflegebedürftig) v prípade, že má z dôvodu telesnej, mentálnej alebo psychickej či senzorickej poruchy problémy v *oblastiach*: mobility, orientácie v priestore a čase, v správaní a psychickom stave, sebaobsluže (napr. jedenie, pitie), dodržiavaní liečebného režimu (diétny režim, lieky) a bežného režimu dňa či v sociálnych kontaktoch; jednotlivé oblasti tvoria moduly posudzovacieho dotazníka na stanovovanie OPIO stupňa,
- OPIO v sledovaných oblastiach má trvať *najmenej 6 mesiacov*,
- od januára 2017 je OPIO stanovené na *5 stupňov* (Pflegegraden) (do roku 2017 platili len tri OPIO úrovne, čo nepriaznivo postihovalo najmä osoby s demenciami a poruchami

správania); stupne sú založené na bodovaní (Punkte) ohraničenej samostatnosti (Beeinträchtigung der Selbständigkeit), a to nasledovne:

Tabuľka: Bodové vyjadrenie OPIO stupňov

1. stupeň	2. stupeň	3. stupeň	4. stupeň	5. stupeň
12,5 – menej ako 27 bodov	27-menej ako 47,5 bodov	47,5 – menej ako 70 bodov	70 – menej ako 90 bodov	90 – 100 bodov

Zdroj: Pflegegrade, <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegrade/>

- v roku 2017 bolo 4,1% populácie NSR uznaných za OPIO podľa stanovených kritérií,
- posudzovanie osôb v rámci verejného OPIO poistenia vykonáva *lekárska služba zdravotnej poisťovne*, v prípade osôb v rámci súkromného zdravotného/OPIO poistenia je to súkromná spoločnosť *Medicproof*,
- pri posudzovaní sa vychádza zo zdravotnej dokumentácie; okrem toho zdravotnícky personál, spoločne s inými odborníkmi (napr. v oblasti fyzioterapie), vykonáva doma alebo v sociálnom zariadení *posudzovanie* psychického a fyzického stavu osoby, odkázanosť na pomoc v sledovaných oblastiach, rovnako jej domáce prostredie; schopnosť zabezpečovať si jednotlivé činnosti v sledovaných oblastiach, resp. odkázanosť na pomoc niekoho iného sa boduje dotazníkom a takýto monitoring trvá v domácnosti/zariadení pred samotným zaradením do stupňa minimálne týždeň (vedie sa tzv. denník starostlivosti – s Pflegetagesbuch),
- neposudzuje sa príjem a majetok posudzovanej osoby.

Poistné plnenia

- poistné plnenia vo forme **príspevku na starostlivosť/príspevku pri odkázanosti** (Pflegegeld) sa začali poskytovať od apríla 1995 osobám, ktorým sa poskytovala starostlivosť v domácom prostredí a od júla 1996 sa začali poukazovať plnenia aj tým, ktorým sa poskytovala inštitucionálna/rezidenčná starostlivosť,
- výška plnenia závisí od OPIO stupňa a od prostredia, v ktorom sa starostlivosť OPIO osobe vykonáva; OPIO osoba má pritom garantované právo výberu formy a prostredia poskytovanej starostlivosti,
- plnenia v *domácom prostredí* môžu mať dve formy:
 - *finančné plnenie* (Geldleistung), ak opateru vykonáva neformálne opatrujúca osoba (blízka osoba, známy, sused); v takomto prípade neformálne opatrujúca osoba uzatvára s príslušnou poisťovňou zmluvu; podmienkou je, že opatruje jednu alebo viac OPIO osôb najmenej v rozsahu 10 hodín týždenne, pričom starostlivosť má rozvrhnutú na minimálne dva dni v týždni,
 - *vecné plnenie* (Sachleistung), ak sa poskytujú ambulantné sociálne služby; v takomto prípade sa neposkytuje príspevok OPIO osobe, ale na základe zmluvy medzi ním

a poskytovateľom ambulantnej služby hradí poisťovňa priamo poskytovateľovi príslušnú finančnú čiastku zodpovedajúcu OPIO stupňu danej osoby,

- možné je aj *kombinované plnenie* (Kombinationsleistung), keď napr. určitá časť plnenia ide na ambulantné služby ako vecné plnenie a zvyšok sa vypláca OPIO osobe ako dávka pre neformálnu starostlivosť v domácnosti (Pflegegeld),
- plnenia pre prípad *pobytovej starostlivosti* (plnej, čiastočnej, krátkodobej) majú rovnako vecnú povahu,
- OPIO osoby všetkých stupňov opatrované v domácej starostlivosti majú od januára 2017 možnosť získať tzv. *prilepšovacia čiastka* (Entlastungsbetrag) vo výške 125€ mesačne za účelom poradenstva alebo rozširovania sociálnych kontaktov či na úhradu nákladov na dočasnú, krátkodobú starostlivosť v pobytovom zariadení za účelom odľahčenia blízkych; poskytnutá čiastka sa musí vyčerpať najneskôr do júna budúceho kalendárneho roka po roku, v ktorom sa o nej rozhodovalo.

V tabuľke sú zosumarizované OPIO plnenia podľa stupňa odkázanosti a spôsobu (prostredia) zabezpečovania OPIO starostlivosti.

Tabuľka: Prehľad výšky plnení na základe OPIO poistenia v NSR od 1.1.2017 v závislosti od OPIO stupňa a spôsobu riešenia starostlivosti

OPIO stupeň	Finančné plnenie (doma, ambulantné služby)	Vecné plnenie (ambulantné služby)	Pobytová starostlivosť	Prilepšovacia čiastka (odľahčenie doma)
I.	-	-	-	125€
II.	316€	689€	770€	125€
III.	545€	1 298€	1 262€	125€
IV.	728€	1612 €	1 775€	125€
V.	901€	1 995€	2 005€	125€

Zdroj: Pflegeleistungen, <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegeleistungen/>

OPIO poistenie ako súčasť celkovej OPIO verejnej politiky v NSR

- OPIO poistenie možno v prípade OPIO osôb kombinovať s inými formami intervencií pre staršie osoby a osoby so zdravotným postihnutím,
- zo systému OPIO poistenia možno na základe žiadosti poskytnúť aj:
 - mesačne príspevok na pomôcky pri starostlivosti (Pflegehilfsmittel) vo výške 40€ (napr. na rukavice, podložky do postele, dezinfekčné prostriedky),
 - príspevok na tiesňové volanie v domácnosti (Zuschus zum Hausnotruf) vo výške 23€ mesačne v prípade osoby v 1. stupni OPIO,
 - jednorazový príspevok na úpravu bývania (Zuschüsse für Wohnraumanpassung) pre účely zabezpečenia jeho bezbariérovosti vo výške 4 000€,

- podporu ambulantných službám pre skupiny starších ľudí smerom k podpore ich nezávislosti,
- *preventívnu starostlivosť pre opatrojúce osoby* (Verbehinderungspflege) – ak nemôže starostlivosť o osoby v OPIO stupňoch 2-5 vykonávať opatrojúca osoba, z OPIO poistenia sa zaplatí náhradná starostlivosť inej osoby alebo ambulantnej služby v rozsahu 1,5 príslušnej OPIO platby, max. v sume 1 612€ za rok za podmienky, že neformálne opatrojúca osoba už poskytovala starostlivosť po dobu 6 mesiacov,
- bezplatné kurzy opatrovania pre blízkych,
- *sociálne poistenie neformálne opatrojúcich osôb* v oblasti úrazového, dôchodkového poistenia a poistenia v nezamestnanosti v prípade, že opatrojú minimálne 10 hodín týždenne, najmenej dva dni v týždni a nie sú zamestnané viac ako 30 hodín týždenne,
- *daňové zvýhodnenie rodičov dieťaťa so zdravotným postihnutím*,
- *podporu zosúladovania práce a opatrovania* formou:
 - opatrovateľskej dovolenky (Pflegezeit) - na dobu maximálne 6 mesiacov; možné u zamestnávateľov s minimálne 15 zamestnancami/zamestnankyňami,
 - rodinnej opatrovateľskej dovolenky (Familienpflegezeit) - možnosť skrátiť pre neformálne opatrojúcu osobu pracovný čas na 15 hodín týždenne počas najviac 24 mesiacov; možné u zamestnávateľov s minimálne 25 zamestnancami/zamestnankyňami,
- *pomoc z piliera sociálnej pomoci* (Hilfe zur Pflege) – poskytuje sa podľa Sociálneho zákonníka (Sozialgesetzbuch) prostredníctvom sociálnych úradov (Sozialamt) uznaným OPIO osobám, ktoré nemajú dostatok príjmov a majetku na spolufinancovanie potrebnej starostlivosti, resp. ktorým nevznikol nárok na plnenia z OPIO poistenia (napr. OPIO trvá menej ako 6 mesiacov); pomoc je príjmovo testovaná a zohľadňuje sa pri nej vzájomná výživovacia povinnosť.

Odborné reflexie a hodnotenie OPIO poistenia v NSR

Arntz et al. (2007) na základe 20-ročnej praxe vyhodnocovali implementáciu OPIO poistenia v NSR s poukazom na potrebu jeho transformácie, vrátane formulácie návrhu transformačných možností. Systém, ktorý je od počiatku založený na priebežných platbách (pay-as-you-go systém) a na príspevkoch odvodzovaných od výšky príjmu, generoval v prvých rokoch implementácie prebytky na príjmoch voči výdavkom. Od roku 1999 (po piatich rokoch implementácie) sa však prebytky začali postupne znižovať, čo postupne viedlo k vyrovnaniu príjmov a výdavkov a neskôr k deficitným zdrojom na financovanie potrieb OPIO osôb.

Už v minulej dekáde autorský tím identifikoval *potrebu transformácie OPIO poistenia*. Vzťahoval ju predovšetkým k rastu nákladov súvisiacich so starnutím populácie a s právnymi nárokmi stále širšieho okruhu OPIO osôb; ku skutočnosti, že majetnejšie osoby neprispievali do sociálneho OPIO poistenia (boli poistené súkromne), a tým neprispievali ani do

redistribučného systému; že ceny OPIO služieb rástli oveľa rýchlejšie než všeobecné ceny a priemerná mzda; že potreby osôb s demenciami boli OPIO poistením pokrývané len zriedkavo. Predpokladalo sa, že bez transformácie OPIO poistenia bude musieť do roku 2050 dôjsť k dramatickému navýšeniu príspevkov do tohto systému (na úroveň 5,8, resp. 5,9% hrubej mzdy poistenca/poistenkyne). Rastúce finančné problémy systému sociálneho OPIO poistenia sa navrhli riešiť viacerými alternatívami, resp. ich možnou kombináciou:

- fixné príspevky vs. príspevky založené na výške príjmu (status quo),
- plne financovaný vs. priebežný systém (status quo),
- súkromné OPIO poistenie vs. kombinácia súkromného a sociálneho poistenia (status quo),
- občianske poistenie vs. kombinácia súkromného a sociálneho poistenia (status quo).

Odborníci a odborníčky sa prevažne prikláňali k plne financovanému systému s fixnými sumami príspevkov, ktorý by bol založený na tom, že každá generácia by si budovala svoj vlastný základný kapitál z príspevkov platených počas životného cyklu. Otázkou pri tomto modeli však zostávalo financovanie tranzitívnych nákladov od existujúceho do nového systému, kedy staršia generácia by dostávala transfery zo starého systému, pričom mladšia generácia by prispievala do nového systému za účelom budovania vlastného kapitálu na pokrývanie budúcich vlastných OIPO potrieb. Financovanie OPIO nákladov pre staršiu generáciu by tak zostávalo otvorenou otázkou.

OPIO plnenia sa navrhovali realizovať systémom *personálnych rozpočtov/budgetov* (personengebundenen Pflegebudget), ktoré by boli poskytované vo výške transferov na OPIO sociálnu službu. OPIO osobe by poskytovali flexibilitu a možnosť voľby „nákupu“ OPIO sociálnej služby podľa vlastného výberu²².

V rámci novelizácie NSR Sociálneho zákonníka, časti zameranej na posilnenie systému starostlivosti (Book XI. – Die Pflegestärkungsgesetz/Care Strengthening Act) účinnnej od roku 2017, došlo k významným zmenám, ktoré sa v NSR považujú za najrozsiahlejšiu reformu v OPIO posudkovom systéme od 90. rokov. Krátke zhrnutie zmien v posudzovaní OPIO poistných nárokov od januára 2017²³:

- osoby s demenciami, dlhodobými psychickými a duševnými problémami majú rovnaké nároky z OPIO poistenia ako osoby s telesným postihnutím,
- „starí“ poistenci a poistenkyne sa opätovne neposudzujú, len v prípade rapídneho zhoršenia ich zdravotného stavu,
- tri OPIO úrovne sa menia na päť OPIO stupňov (napr. poistenec/poistenkyňa s dovtedajšou úrovňou 2 má automaticky stupeň 3),

²² Návrh je do istej miery podobný systému peňažného príspevku na osobnú asistenciu v podmienkach Slovenska.

²³ Zdroj on-line: <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegesetz-pflegereform/pflegestaerkungsgesetze/>

- sú ustanovené osobitné pravidlá pre osoby s demenciami (v ich prípade sa OPIO stupeň zvyšuje o dva: napr. osoby predtým so stupňom 0 získavajú stupeň 2; osoby predtým so stupňom 2 získavajú stupeň 4),
- garancia výšky predchádzajúcich právnych nárokov z OPIO poistenia (právnymi zmenami nemohla byť pre OPIO osobu posúdenú pred januárom 2017 znížená výška príspevkov z OPIO poistenia),
- dávky z OPIO poistenia sa zmenou zvýšili pre OPIO osoby v 1.-3. stupni (predtým v 0.-2. úrovni), pre osoby v 4.-5. stupni (predtým 3. úroveň) zostali zachované,
- dávky z OPIO poistenia sa pre služby ambulantnej starostlivosti zvyšovali najviac v 2. a 4. stupni, v 3. stupni sa dokonca krátili a v 5. stupni stúpili minimálne,
- OPIO osobám v ambulantnej starostlivosti sa od januára 2017 poskytujú už len dávky z OPIO poistenia, nie zo sociálnej pomoci zameranej na ich sociálne začlenenie,
- ak osoba potrebuje predovšetkým pomoc zameranú na podporu jej sociálneho začlenenia, náklady takejto pomoci, vrátane pomoci v rámci domácej opatery, preberá systém sociálnej pomoci alebo rehabilitácie (napr. platiteľ dôchodkového poistenia), nie fond OPIO poistenia,
- na OPIO osoby v rámci rezidenčnej starostlivosti sa môžu vyplácať ako dávky z OPIO poistenia, tak dávky zo sociálnej pomoci či z rehabilitačných programov zamerané na podporu ich sociálneho začlenenia.

Schröttle et al. (2018) kriticky analyzovali prvotné dopady nových pravidiel OPIO posudzovania na účely OPIO poistenia na rozličné skupiny OPIO osôb, a to z perspektívy užívateľov a užívateľiek OPIO poistenia a občianskeho sektora. Za *pozitíva* považovali zameranie posudkovej činnosti skôr na limity a špecifické potreby OPIO osôb, než na ich funkčné poruchy; rozšírenie skupín osôb, ktoré môžu byť na účely OPIO poistenia a poberania plnení z neho uznané za OPIO osoby (osobitne starší ľudia s demenciami); poskytovanie systematickej podpory a poradenstva pre neformálne opatrujúce osoby. Zároveň poukazovali na niektoré *nové nerovnováhy*, ktoré boli zákonom a novými pravidlami „zavedené“ voči rozličným skupinám OPIO osôb:

- že nie všetky skupiny budú môcť profitovať zo zmien v rovnakom rozsahu (kriticky sa poukazovalo na to, že k čiastočnému zlepšeniu síce dochádza u starších osôb s demenciami a osôb v ambulantnej starostlivosti; zároveň však, že vplyvom zákona dôjde k zhoršeniu situácie u osôb s telesným postihnutím),
- že u osôb, ktoré boli prvýkrát posudzované od januára 2017, je rozsah poskytnutej podpory z OPIO poistenia nižší ako u tých, ktorí boli posudzovaní pre touto zmenou,
- že osoby, ktoré žijú v podporovanom bývaní (shared flats), prestávajú byť podporované cez systém podpory sociálnej inklúzie a sú podporované v nižšej výške cez OPIO poistenie,

- že reformou sa môže dosiahnuť zvýšenie rozsahu rezidenčných služieb oproti ambulantným službám (v rozpore s Dohovorom o právach osôb so zdravotným postihnutím),
- že osoby žijúce v chránenom bývaní budú zaradované do nižších OPIO stupňov,
- že všeobecná OPIO dávka (Entlastungsbetrag) vo výške 125€ pre osoby vo všetkých OPIO stupňoch nepriaznivo postihla OPIO osoby s ťažkými stupňami demencie, ktorým bola predtým poskytovaná suma 208€.

Autorský kolektív zároveň pripomína, že je potrebný systematický monitoring a výskum dopadov nových pravidiel OPIO poistenia na rozličné skupiny OPIO osôb.

Názory na OPIO poistenie v NSR vyjadrili vo svojej práci aj Mátel, Ondrejková a Šimová (2017). Za **jeho pozitíva** považovali najmä:

- existenciu samotného OPIO poistenia ako súčasti povinného systému poistenia,
- poskytovanie OPIO plnení, ktorého výška sa mení v závislosti od vybranej formy sociálnej služby,
- zmenu stanovovania OPIO stupňov (z troch na päť od januára 2017), čo umožňuje reflektovať OPIO potreby širšej skupiny ľudí, aj osôb s demenciami a psychickými poruchami, s relatívne dobrou telesnou kondíciou,
- podporu neformálne opatrovujúcich osôb poskytovaním vzdelávania, príspevkov na iné druhy sociálnych rizík (dôchodkové, úrazové a poistenie v nezamestnanosti) či možnosťou poskytnutia náhradnej starostlivosti,
- poskytovanie zamestnaneckých benefitov vo forme opatrovateľskej a rodinnej opatrovateľskej dovolenky.

Na základe podrobného štúdia OPIO systému v NSR možno pozitívne hodnotiť aj komplementaritu intervencií v rámci poistného piliera sociálnej ochrany OPIO osôb a piliera sociálnej pomoci, čo zvyšuje dostupnosť verejných intervencií pre stále širší okruh osôb v OPIO situácii.

Za **negatíva** považoval autorský tím najmä:

- vyššie poistné odvody,
- rozdiely v dostupnosti poskytovaných sociálnych služieb v spolkových krajinách,
- nedostatok personálu v sociálnych službách,
- nízke zastúpenie verejných poskytovateľov sociálnych služieb,
- záťaž príbuzných, ktorí sa starajú o OPIO osoby v domácom prostredí.

B2. OPIO verejná politika v Luxembursku

- všetci zamestnanci/zamestnankyne, ale aj SZČO sú registrovaní v *Jednotnom centre sociálneho zabezpečenia* (Joint Social Security Centre), z ktorého sa vyplácajú dávky v prípade choroby a materstva (vrátane OPIO dávok), nezamestnanosti, úrazov,

dôchodkového veku, invalidity, ale aj rodinné dávky; vo väčšine prípadov sa dávky vzťahujú aj na najbližších členov/členky rodiny,

- jednotný systém poistenia zahŕňa aj **OPIO poistenie** (je automaticky pokryté z titulu zdravotného poistenia), z ktorého sa platia náklady starostlivosti poskytovanej v domácom prostredí alebo v rezidenčnej starostlivosti,
- výška odvodov na OPIO poistenie je 1% z hrubej mzdy,
- *osoba je OPIO* v prípade, že potrebuje pomoc pri ADL/IADL minimálne 3,5 hodiny týždenne a minimálne po dobu 6 mesiacov alebo systematicky; do veku 8 rokov sa u dieťaťa posudzuje OPIO porovnávaním situácie s iným neodkázaným dieťaťom rovnakého veku, od 8 rokov je posudzovanie na rovnakom základe ako v prípade dospelých,
- status OPIO schvaľuje na základe vyjadrení lekárov - špecialistov *Úrad pre hodnotenie a kontrolu* (Administration for Evaluation and Controls),
- z OPIO poistenia sa uhrádzajú, bez ohľadu na príjem OPIO osoby, náklady, ktoré sa nepokrývajú zo zdravotného poistenia, konkrétne:
 - pomoc pri ADL,
 - služby domácej starostlivosti,
 - aktivity na podporu nezávislého života,
 - aktivity v rezidenčnej starostlivosti,
 - paušálna suma na produkty pri inkontinencii,
 - asistenčné technológie,
 - úprava bývania,
 - dôchodkové príspevky pre neformálne opatrojúce osoby,
- žiadosť o poskytnutie dávok sa zasiela do *Národného fondu zdravia* (National Health Fund) na osobitnom formulári,
- plnenia sa poskytujú vo forme *dávok* (cash benefits) vtedy, keď starostlivosť poskytuje neformálne opatrojúca osoba alebo vo forme *vecných plnení* (preplácanie nákladov formálnych služieb). (MISSOC, 2018)

B3. Uplatňovanie poistného princípu v OPIO verejnej politike v Írskej republike

Osobitným príkladom uplatňovania poistného princípu v OPIO verejnej politike je situácia v Írskej republike. Osobitosť spočíva v tom, že poistná dávka sa neposkytuje OPIO osobe, ale tej, ktorá ju opatroje, vo forme **dávky pre opatrojúcu osobu** (carer's benefit). Dávka sa považuje za náhradu príjmu pri intenzívnom (plnom) opatrovaní. Podmienky pre vznik nároku na dávku (Care's benefit, [on-line]):

- vek od 16 do 66 rokov,

- povinnosť byť zamestnaný minimálne 8 týždňov v predchádzajúcej 26-týždňovej perióde,
- opustenie práce pre účely plného opatrovania OPIO osoby, ktorá nie je v inštitúcii; je ale povolená možnosť pracovať alebo sa vzdelávať najviac 15 hodín týždenne a mať čistý príjem nie viac ako 332,5€ mesačne,
- zaplatených minimálne 156 príspevkov do tzv. PRSI (Pay Related Social Insurance) pred vznikom nároku na dávku,
- poistnú dávku možno poberať na jednu OIPO osobu najdlhšie sumárne 104 týždňov (kontinuálne alebo s prerušením),
- v čase starostlivosti poberateľ/poberateľka dávky získava *poistné kredity* pre účely ďalších dávok z národného Fondu sociálneho poistenia.

Pre OPIO dieťa s ťažkým zdravotným postihnutím do 16 rokov veku možno poskytnúť príjmovú netestovaný *príspevok na domácu starostlivosť* (domiciliary care allowance). V prípade, že ide o OPIO osobu staršiu ako 16-ročnú opatrovanú neformálne opatrujúcou osobou s nízkymi príjmami, je možno poskytovať príjmovú testovaný *príspevok na opatrovanie* (care's allowance). Očakáva sa, že opatrujúca osoba nebude pracovať alebo vzdelávať sa dlhšie ako 15 hodín týždenne.

B4. OPIO politika v Japonsku

Do prehľadu sme zaradili aj situáciu v mimoeurópskej krajine – v Japonsku, nakoľko primárne dôvody pre zavedenie OPIO poistenia v roku 2000 boli v tejto krajine veľmi podobné tým, ktoré sú komunikované v európskom priestore. Išlo najmä o celkové starnutie populácie, starnutie neformálne opatrujúcich osôb, pokles počtu starnúcich rodičov nežijúcich so svojimi dospelými deťmi; o podporu stability vo vzťahoch náklady a plnenia vo verejných politikách. Ďalšími dôvodmi boli záujem o poskytovanie starostlivosti zameranej na človeka a kvalitných verejných služieb; rovnako záujem oddeliť OPIO poistenie od zdravotného poistenia ako základ revízie štruktúry sociálneho zabezpečenia starnúcich ľudí v Japonsku (Long-term Care Insurance in Japan, [on-line]).

Vybrané charakteristiky OPIO poistenia v Japonsku (Matsuda, 2001):

- hlavnou autoritou je Ministerstvo zdravia, práce a blahobytu (Ministry of Health, Labour and Welfare),
- OPIO poistenie bolo zavedené v roku 2000 ako súčasť integrovanej zdravotno-sociálnej starostlivosti v kontexte starnutia japonskej populácie,
- zavedenie OPIO poistenia viedlo k *dvom štrukturálnym zmenám* v zdravotnom systéme:
 - a) zaviedol sa systém poskytovania integrovaných služieb (od ich prelinkovania, cez koordináciu až po úplnú organizačnú integráciu),
 - b) došlo k informatizácii zdravotného systému,
- sú ustanovené *dve kategórie OPIO osôb*:

- a) osoby vo veku 65+ rokov (17% z ich dôchodku alebo priama platba predstavuje príspevok do OPIO poistenia administrovaného miestnou vládou, ktorá následne poskytuje plnenia vo forme vecných plnení pre domácu, odľahčovanie, ambulantnú či rezidenčnú starostlivosť),
- b) osoby vo veku 40-64 rokov (33% z ich zdravotného poistenia, ktoré predstavuje 8% zo mzdy, pričom polovicu platí zamestnanec/zamestnankyňa a polovicu zamestnávateľ, sa využíva na OPIO poistenie),
- obe skupiny prechádzajú procesom *posúdenia nárokov*, pričom pri prvej skupine nie je dôležitá príčina vzniku OPIO, zatiaľ čo pri druhej vznikajú nároky len v prípade prítomnosti jednej z 15 starnutím podmienených ochorení/porúch (napr. skoré štádiá Alzheimerovej choroby, cerebro-vaskulárne ochorenia),
- na základe dvojstupňového posúdenia sa ustanovujú *OPIO stupne*:
 - „nulý“ OPIO stupeň – „potreba asistencie“, kedy sa poskytujú preventívne opatrenia,
 - I.-V. OPIO stupeň – „potreba starostlivosti“, kedy sa ustanovuje plán starostlivosti,
- pre každý OPIO stupeň je stanovená výška mesačného plnenia, pričom vyššie dávky sa vyplácajú v prípade, že ide o rezidenčnú starostlivosť.

Príloha C: Východiskové parametre pre výpočty OPIO poistenia: diskusia aktérov EPS-APO

Otázky „prvého radu“	Odpovede/Zdroje
OSOBNÝ ROZSAH	
Koľkých osôb sa rámcovo bude týkať plnenie z OPIO-P?	• K dispozícii je výskumná správa K. Repkovej (2014): <i>Odkázanosť na pomoc inej osoby pri sebaobslužke vo verejnej politike - vybrané výskumné otázky</i>. Bratislava: IVPR (osobitne sumarizačná tabuľka 11) • Zisťovania EU-SILC v doteraz spracovanom texte správy k analýze OPIO-P (osobitne časť 1.1, grafy 1-2) • Štatistické údaje
Aká bude veková štruktúra týchto osôb?	• K dispozícii je výskumná správa K. Repkovej (2014): <i>Odkázanosť na pomoc inej osoby pri sebaobslužke vo verejnej politike - vybrané výskumné otázky</i>. Bratislava: IVPR (osobitne sumarizačná tabuľka 11) • Zisťovania EU-SILC v doteraz spracovanom texte správy k analýze OPIO-P (osobitne časť 1.1, grafy 1-2) • Štatistické údaje
Aké bude rozloženie týchto osôb podľa OPIO stupňa?	• K dispozícii je výskumná správa K. Repkovej (2014): <i>Odkázanosť na pomoc inej osoby pri sebaobslužke vo verejnej politike - vybrané výskumné otázky</i>. Bratislava: IVPR (osobitne sumarizačná tabuľka 11) • Zisťovania EU-SILC v doteraz spracovanom texte správy k analýze OPIO-P (osobitne časť 1.1, grafy 1-2) • Štatistické údaje
Od akého stupňa OPIO sa budú poskytovať OPIO-P plnenia?	V súlade s terajšou úpravou prílohy č. 3 zákona o sociálnych službách - od 2. OPIO stupňa (min. priemerne 2 hodiny OPIO denne)
Aký bude okruh poistených osôb (najmä vo vzťahu k pracovným vzťahom formou dohôd a SZČO)?	OPIO-P by mali byť pokryté všetky osoby uznané na OPIO, bez ohľadu na vek

SADZBY A PLNENIA	
V akej výške budú sadzby OPIO-P?	Navrhuje sa začať s 2% z HM <u>Poznámka1:</u> zástupkyne OPIO poskytovateľského sektora vnímali sadzbu 2% za nízku, z ISP MPSVR SR naopak vzišiel názor, či nie je vysoká a či nebude generovať prebytky (v porovnaní so súčasným rozsahom zdrojov) <u>Poznámka2:</u> KOZ SR nesúhlasí so zvyšovaním odvodového zaťaženia práce. Navrhuje alternatívy: A1: dobrovoľné OPIO-P; A2: OPIO-P v rámci súkromného životného poistenia A3: OPIO-P na princípe 3. piliera doplnkového dôchodkového poistenia A4: Ak by sa uvažovalo o povinnom OPIO-P v systéme sociálneho poistenia, tak navrhuje prerozdelenie sadzieb v rámci existujúcich podsystemov sociálneho poistenia
Ako budú pri určovaní sadzby OPIO-P zohľadnené súčasné náklady na OPIO?	Otázka je kľúčová, odpovede na ňu sa budú hľadať aj na základe výpočtových prác Malo by ale platiť, že zo zdrojov OPIO –P by sa mali uhrádzať len náklady osobnej starostlivosti o OPIO osobu (mzdy pri formálnej starostlivosti, „odmena“ pri neformálnej starostlivosti), nie náklady technickej pomoci, prevádzkové náklady ambulantných a rezidenčných poskytovateľov či zdravotná (ošetrovateľská) starostlivosť poskytovaná OPIO pacientom/tkám na rovnakom základe ako osobám bez OPIO
S akou alternatívou bude posudzovaná výhodnosť financovania OPIO cez sociálne poistenie?	Odporúča sa, aby výhodnosť OPIO-P systému bola porovnávaná so systémom možnej štátnej sociálnej dávky (napr. vo forme príspevku pri odkázanosti/príspevku na starostlivosť; bližšie pozri Repková, 2014). V rámci tejto alternatívy je potrebné zaoberať sa otázkou testovania/netestovania príjmu OPIO osoby: buď vychádzať z hodnoty efektívnosti vynaložených prostriedkov (testovať príjem, kedy výška dávky by od istej výšky príjmu mohla postupne klesať) alebo sa opierať iba o prítomnosť OPIO životnej situácie (netestovanie príjmu)
Následné otázky	Zdroje/Odpovede
CHARAKTERISTIKY OPIO-P SYSTÉMU	
Ako bude rozdelená sadzba poistného medzi zamestnanca a zamestnávateľa?	A1: 50% zamestnávateľ : 50% zamestnanec/zamestnankyňa A2: 2/3 zamestnávateľ : 1/3 zamestnanec/zamestnankyňa

Pôjde o novú, dodatočnú sadzbu poistného alebo o prechod časti sadzby poistného z prebytkových fondov, prípadne mix?	A1: prepočítať ako samostatný pilier A2: prepočítať na základe prerozdelenia (prebytkových) pilierov <u>Poznámka:</u> viď stanovisko KOZ SR
Budú sadzby na OPIO-P ohraňované maximálnym, resp. minimálnym vymeriavacím základom?	Navrhne sa uplatňovať rovnako ako v prípade dôchodkového poistenia stanovením hornej hranice vymeriavacieho základu
Aká bude minimálna doba OPIO-P, po ktorej bude môcť vzniknúť nárok na plnenie?	Navrhne sa uplatniť schému ako v prípade invalidného dôchodku, pričom sa zabezpečí, aby nedochádzalo pri jednotlivých vekových kategóriách k výraznejším „skokom“ vo výške potrebnej doby prispievania
Ako bude určovaná dávka z OPIO-P: bude solidárna/paušálna/jednotná dávka v prípade stupňa OPIO bez ohľadu na vymeriavací základ osoby alebo bude zásluhová, t. j. závislá od výšky vymeriavacieho základu, z ktorého sa platilo poistné? Bude plnenie z OPIO-P nejakým spôsobom ohraňované maximálnou/minimálnou sumou?	Navrhne sa prepočítať v rámci dvoch alternatív: A1: ako paušálna platba/plnenie určené pre jednotlivé OPIO stupne A2: ako plnenie so zásluhovým prvkom
Bude výška plnenia závislá od prostredia a formy starostlivosti?	Nenavrhne sa vo výške plnenia zohľadňovať prostredie a formu starostlivosti (doma – ambulantne – rezidenčne; formálne – neformálne)
Ako budú využité zdroje, ktoré sa v rámci OPIO-P naakumulujú za obdobie, kedy budú OPIO poistencom/poistenkyniam vznikať z neho prvé právne nároky (napr. za obdobie prvých dvoch rokov)?	Navrhne sa, aby boli naakumulované zdroje uložené a kapitalizované a využívané pre účely úhrady nákladov OPIO intervencií pre nezaopatrené deti a osoby v dôchodkovom veku. Z naakumulovaných zdrojov by nemali byť kryté deficity iných pilierov sociálneho poistenia, nakoľko by mali slúžiť ako rezerva vytváraná v súvislosti s predpokladaným demografickým vývojom (inšpirácia zo systému NSR s tvorbou rezervného fondu do roku 2034)
Aká je odhadovaná priemerná dĺžka OPIO-P plnenia, t. j. priemerná doba poskytovania starostlivosti inou osobou? Bude zavedený maximálny časový limit poberania alebo môže osoba poberať plnenia aj doživotne?	Právne nároky z OPIO-P by sa mali uplatňovať bez obmedzení akýmkoľvek časovým limitom, t. j. mali by byť poskytované počas celej doby, pokiaľ je u osoby splnená podmienka OPIO
Akú časť nákladov za starostlivosť o OPIO osobu má OPIO-P plnenie pokryť?	A1: Odporúča sa vychádzať z celkovej ceny práce na 1 hodinu výkonu opatrovateľskej práce (či už v domácom prostredí alebo v ambulantnej či rezidenčnej OPIO starostlivosti) A2: Vychádzať z nákladov, ktoré sa poskytujú už v súčasnosti + kalkulovať latentnú potrebu : počet osôb v jednotlivých OPIO stupňoch = minimálne náklady na jednu osobu v príslušnom OPIO stupni

	<u>Poznámka:</u> je možné, že otázka bude zodpovedateľná až v ďalších etapách na základe prvotných výpočtových prác
OPIO-P A INÉ SYSTÉMY + FINANCOVANIE	
Vzťahy s ostatnými dávkami sociálneho poistenia, resp. dávkami systému sociálnej pomoci: bude možnosť súbežného poberania?	Predpokladá sa, že súbeh nebude možný Príklad: osoba, ktorá v súčasnosti poberá PP na opatrovanie, ho už nebude poberať, ak opatrovaná osoba dostane plnenie z OPIO-P. To neznamena, že opatrovaná osoba nebude môcť poberať niektorý z opakovaných alebo jednorazových peňažných príspevkov na kompenzáciu, napr. na „technickú“ pomoc či na kompenzovanie zvýšených výdavkov. Pri finálnej podobe návrhu je potrebné zabezpečiť, aby sa dnešným poberateľom/poberateľkám pri budúcom systéme neznížila výška poberanej dávky (ak sa zmení jej forma napr. z PP na opatrovanie na plnenie z OPIO-P).
Aký bude vzťah OPIO-P a súčasných zdrojov financovania sociálnych služieb (štát, obec, VÚC a úhrady prijímateľov)? (Bez zmeny súčasných pravidiel financovania sociálnych služieb vytvorenie nového zdroja financovania nemusí zvýšiť celkový objem prostriedkov)	V odpovedi na túto otázku bude dôležité, ako sa plnenia z OPIO-P budú ponímať: a) či ako „ďalší“ zdroj na osobnú starostlivosť (pri zachovaní štátnych príspevkov do formálnych služieb), alebo b) ako hlavný zdroj financovania osobnej starostlivosti doplnený o samosprávne zdroje a úhrady OPIO osôb
POSUDZOVANIE	
Kto bude posudzovať OPIO? Bude to osobitný systém posudzovania alebo bude vychádzať z niektorého zo súčasných systémov posudzovania (napr. na účely kompenzačnej politiky)?	V prípade OPIO-P ho bude posudzovať Sociálna poisťovňa. V prípade OPIO štátnej sociálnej dávky by to mohla byť aj špecializovaná štátna správa.

Príloha D: Priemerná suma, počet novopriznaných poberateľov OPIO-P dávky a ich úbytky

Tabuľka 1: Ročné mzdové náklady pre ZSS a DOS a náklady na PPO a PPOA podľa druhu OPIO intervencie

druh sociálnej služby/starostlivosti	2017	2018	2019**
ZSS	267 495 748 €	310 432 958 €	333 404 997 €
PPO	110 681 082 €	149 431 226 €	212 843 540 €
PPOA	45 800 000 €	55 045 000 €	68 064 027 €
DOS	53 357 943 €	50 733 664 €	54 487 955 €
Spolu	477 334 773 €	565 642 848 €	668 800 519 €

*ZSS - zariadenia sociálnych služieb; PPO - peňažný príspevok na opatrovanie; PPOA - peňažný príspevok na osobnú asistenciu a DOS - domáca opatrovateľská služba

** predpoklad

Zdroj: MPSVR SR – Inštitút sociálnej politiky (ISP); predpoklad na základe kvantifikácie MPSVR SR-SSPDS

Tabuľka 2: Priemerné mesačné počty osôb, ktoré boli prijímateľmi alebo poberateľmi OPIO

druh sociálnej služby/starostlivosti	2017	2018	2019**
ZSS	45 081	44 584	44 584
PP	53 209	53 356	56 068
PPOA	9 802	10 100	10 560
DOS	17 118	15 994	15 994
Spolu	125 210	124 034	127 206

*ZSS - zariadenia sociálnych služieb; PPO - peňažný príspevok na opatrovanie; PPOA - peňažný príspevok na osobnú asistenciu a DOS - domáca opatrovateľská služba

** predpoklad

Zdroj: MPSVR SR – ISP; predpoklad na základe kvantifikácie MPSVR SR-SSPDS

Tabuľka 3: Priemerná mesačná suma OPIO-P dávky použitá pre kvantifikáciu

	Ročné výdavky v eur A	Počet dotknutých osôb B	Priemerná ročná suma OPIO-P dávky A/B = C	Priemerná mesačná suma OPIO-P dávky C/12
Priemerné ročná/mesačná suma OPIO-P dávky v roku 2019*	668 800 519 €	127 206	5 258 €	438 €
Priemerná ročná/mesačná suma OPIO-P dávky v roku 2022**			6 069 €	506 €

* predpoklad

** prognóza na základe rastu priemernej mzdy - makroekonomická projekcia IFP február 2020

Zdroj: kvantifikácia MPSVR SR-SSPDS na základe Tabuľky 1 a 2

Tabuľka 4: Vstupné údaje k počtu novopriznaných PPO a PPOA a ich následné úbytky v jednotlivých rokoch

Typ podania	Rok 1. nároku	V roku začalo	'2010'	'2011'	'2012'	'2013'	'2014'	'2015'	'2016'	'2017'	'2018'	'2019'	'Pokračuje po 2019'
PPO	2010	15568	2673	3327	2044	1501	1134	892	693	515	451	306	1997
PPO	2011	14968	0	2372	3314	2061	1575	1189	873	663	492	360	2042
PPO	2012	14484	0	0	2406	3197	2112	1512	1125	757	596	420	2306
PPO	2013	13415	0	0	0	2176	3140	2026	1371	937	704	477	2545
PPO	2014	12865	0	0	0	0	2349	2946	1762	1170	856	624	3091
PPO	2015	11356	0	0	0	0	0	1779	2650	1580	1068	771	3426
PPO	2016	10795	0	0	0	0	0	0	1755	2389	1457	937	4173
PPO	2017	11635	0	0	0	0	0	0	0	1843	2419	1370	5869
PPO	2018	14948	0	0	0	0	0	0	0	0	2062	3019	9626
PPO	2019	15800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2220	13161
PPOA	2010	754	25	58	30	43	28	30	27	20	24	19	2
PPOA	2011	930	0	37	66	48	43	32	29	28	24	31	1
PPOA	2012	1023	0	0	38	66	52	43	31	28	30	30	1
PPOA	2013	880	0	0	0	27	54	55	51	31	35	20	0
PPOA	2014	866	0	0	0	0	38	54	46	46	45	35	4

PPOA	2015	750	0	0	0	0	0	28	50	49	37	32	2
PPOA	2016	743	0	0	0	0	0	0	22	65	35	37	0
PPOA	2017	773	0	0	0	0	0	0	0	36	44	45	0
PPOA	2018	925	0	0	0	0	0	0	0	0	25	66	1
PPOA	2019	1102	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33	2

*PPO - peňažný príspevok na opatrovanie; PPOA - peňažný príspevok na osobnú asistenciu; Zdroj: ISP na základe údajov z MIS

Tabuľka 5: Počet nových prijímateľov v ZSS

Rok	Počet prijatých klientov ZSS
2012	11 881
2013	13 184
2014	14 053
2015	18 359
2016	17 566
2017	16 702
2018	16 212
Priemer	15 422

*ZSS - zariadenia sociálnych služieb; Zdroj: ISP na základe ročných výkazov

Tabuľka 6: Počet nových prijímateľov a poberateľov OPIO

PPO	13 583	12 225
PPOA	875	787
DOS	4 256	3 830
ZSS	15 422	13 880
SPOLU	34 136**	30 723***

*ZSS - zariadenia sociálnych služieb; PPO - peňažný príspevok na opatrovanie; PPOA - peňažný príspevok na osobnú asistenciu a DOS - domáca opatrovateľská služba *ZSS - zariadenia sociálnych služieb;

** - pre PPO a PPOA priemer za roky 2010 až 2019; pre ZSS priemer za roky 2012 až 2018; pre DOS odhadnuté prevážením na základe ich pomeru k celkovému priemernému mesačnému počtu vyplácaných ZSS, PPO, PPOA $(15994/(44584+57048+10658) * 29880)$ z toho počet vyplácaných ZSS = 44 584 (2018), počet vyplácaných PPO = 57 048 (2019); počet vyplácaných PPOA = 10 658 (2019) a počet vyplácaných DOS = 15 994 (2018); počet nových prijímateľov a poberateľov = 13 583 + 875 + 15 422 (viď tabuľka č. 6) = 29 880

*** vychádza sa z predpokladu, že nárok na OPIO-P dávku vznikne 90% osobám s preukázateľnou OPIO situáciou

Zdroj: ISP na základe MIS a ročných výkazov; výpočet MPSVR-SSPDS na základe údajov MIS od ISP

Tabuľka 7: Vstupné údaje k počtu novopriznaných PPO a PPOA a ich následné úbytky v jednotlivých rokoch

	Prevážené percentuálne úbytky pre PPO a PPOA v jednotlivých rokoch a dlhodobá projekcia														
rok poberania	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
% úbytok	15,22%	21,12%	13,18%	9,43%	7,03%	5,27%	4,07%	3,14%	2,69%	2,00%	1,56%	1,24%	1,02%	0,85%	0,73%
rok poberania	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
% úbytok	0,64%	0,56%	0,50%	0,45%	0,41%	0,37%	0,37%	0,37%	0,37%	0,37%	0,37%	0,37%	0,37%	0,37%	0,37%
rok poberania	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
% úbytok	0,37%	0,37%	0,37%	0,37%	0,37%	0,37%	0,37%	0,37%	0,37%	0,37%	0,37%	0,37%	0,37%	0,37%	0,34%

*PPO - peňažný príspevok na opatrovanie; PPOA - peňažný príspevok na osobnú asistenciu; Zdroj: Výpočet MPSVR-SSPDS na základe údajov z MIS

Príloha E: Odhad ročných výdavkov na nový typ príspevku pre osoby odkázané na pomoc inej osoby (OPIO)

Ročné výdavky MPSVR SR (Tabuľka 1) na sociálne služby určené **osobám odkázaným na pomoc inej fyzickej osoby** a na peňažný príspevok na opatrovanie a osobnú asistenciu **predstavovali v roku 2018** približne 320 mil. €.

Na pokrytie mzdových výdavkov verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb ministerstvo v súčasnosti poskytuje finančný príspevok na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach podmienených odkázanosťou. Neformálne opatrovanie rodinných príslušníkov zasa kompenzuje peňažný príspevok na opatrovanie a podporu nezávislosti ťažko zdravotne postihnutých osôb peňažný príspevok na osobnú asistenciu.

Tabuľka 1 Výdavky MPSVR SR na OPIO osoby v roku 2018

	Druh služby/príspevku	Verejní poskytovatelia	Neverejní poskytovatelia	Spolu
Príspevok na poskytovanie soc. služby v zariadeniach podmienených odkázanosťou	Denný stacionár	1 629 926 €	4 975 717 €	6 605 643 €
	Domov sociálnych služieb	1 029 996 €	10 594 634 €	11 624 630 €
	Špecializované zariadenia	1 218 870 €	11 688 811 €	12 907 681 €
	Zariadenie podporovaného bývania	19 053 €	872 262 €	891 315 €
	Zariadenie opatrovateľskej služby	6 027 609 €	410 561 €	6 438 170 €
	Zariadenie pre seniorov	34 528 809 €	4 712 291 €	39 241 100 €
	Rehabilitačné stredisko		37 512 507 €	37 512 507 €
	Peňažný príspevok na opatrovanie			149 431 226 €
	Peňažný príspevok na osobnú asistenciu			55 045 675 €
	Spolu výdavky MPSVR SR na spolufinancovanie mzdových nákladov			319 697 947 €

Zdroj: Správa o sociálnej situácii obyvateľstva SR za rok 2018

Pri nahradení súčasných príspevkov na kompenzovanie mzdových výdavkov na OPIO by si zavedenie novej štátnej sociálnej dávky vyžiadalo navýšenie rozpočtu MPSVR SR o 0,9 až 1,2 mld. €. Výška ročných výdavkov na finančný príspevok, ktorý by pokryl výdavky OPIO osôb na formálne alebo neformálne opatrovanie bude závisieť najmä od počtu odkázaných osôb, výšky sadzieb príspevku a podmienok nároku.

Nasledujúce tabuľky pracujú s alternatívnou mierou prevalencie počtu OPIO osôb a s rôznymi sadzbami príspevku pri zachovaní súčasného stupňovania odkázanosti.

Tabuľka 2 Odhad ročných výdavkov na nový finančný príspevok pre OPIO osoby pri zachovaní súčasného stupňovania odkázanosti

		Podľa najvyššej sadzby „príspevku na péči“ v ČR ²⁴		Podľa sadzieb FP na poskytovanie soc. služby v zariadeniach podmienených odkázanosťou ²⁵	
Stupeň odkázanosti	Počet odkázaných (2018)	Výška príspevku	Ročné výdavky	Výška príspevku	Ročné výdavky
2. stupeň	36 283	129 €	56 166 084 €	87,00 €	37 879 452 €
3. stupeň	45 520	215 €	117 441 600 €	195,75 €	106 926 480 €
4. stupeň	66 979	302 €	242 731 896 €	261,00 €	209 778 228 €
5. stupeň	79 827	431 €	412 865 244 €	369,75 €	354 192 399 €
6. stupeň	105 882	517 €	656 891 928 €	456,75 €	580 339 242 €
Spolu	334 491		1 486 096 752 €		1 289 115 801 €

Poznámka: Počet odkázaných je prepočítaný na základe priemerných hodnôt prevalencie OPIO (Repková, 2014; tabuľka 12) a počtu obyvateľov k 31.12.2018 (ŠÚ SR). Náklady neberú do úvahy rôznu výšku sadzieb pri využívaní starostlivosti v domácom prostredí (v ČR je to v najvyššom stupni v prepočte približne 752 €) alebo ambulantnou formou (v SR polovičná výška finančného príspevku príspevku zariadeniam podmienených odkázanosťou).

²⁴ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálnych službách

²⁵ 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

Tabuľka 3 Odhad ročných výdavkov na nový finančný príspevok pre OPIO osoby pri zachovaní súčasného stupňovania odkázanosti pri nižšej uvažovanej prevalencii počtu odkázaných

		Podľa najvyššej sadzby „príspevku na péču“ v ČR		Podľa sadzieb FP na poskytovanie soc. služby v zariadeniach podmienených odkázanosťou	
Stupeň odkázanosti	Počet odkázaných (2018)	Výška príspevku	Ročné výdavky	Výška príspevku	Ročné výdavky
2. stupeň	32 678	129 €	50 585 544 €	87,00 €	34 115 832 €
3. stupeň	40 932	215 €	105 604 560 €	195,75 €	96 149 268 €
4. stupeň	60 672	302 €	219 875 328 €	261,00 €	190 024 704 €
5. stupeň	72 889	431 €	376 981 908 €	369,75 €	323 408 493 €
6. stupeň	101 124	517 €	627 373 296 €	456,75 €	554 260 644 €
Spolu	308 295		1 380 420 636 €		1 197 958 941 €

Poznámka: Počet odkázaných je prepočítaný na základe priemerných hodnôt prevalence OPIO (Repková, 2014; tabuľka 11)