

# Financovanie dlhodobej starostlivosti a analýza zamestnanosti na Slovensku

## Úvod

V texte analyzujeme aktuálny stav dlhodobej starostlivosti na Slovensku. V rámci poskytovania ošetrovateľských výkonov je rozdiel vo financovaní týchto výkonov, pokiaľ sú poskytované v rámci poskytovateľov zdravotnej starostlivosti alebo sociálnych služieb. Vyčíslenie týchto ošetrovateľských výkonov a ich dopad ponecháme na záver. V tejto časti poukážeme aj na navrhované legislatívne odporúčania v rámci systému dlhodobej starostlivosti, najmä z pohľadu navrhovaných úprav zákonov v pôsobnosti rezortov Ministerstva zdravotníctva SR aj Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR, hľadanie dodatočných financií na systém dlhodobej starostlivosti a možnosti vytvárania nových pracovných miest v rámci systému dlhodobej starostlivosti. Navrhované opatrenia majú priamy súvis s ústavnými právami občanov spoločne s prijatými medzinárodnými protokolmi, ako sú Dohovor OSN o právach zdravotne postihnutých osôb, Uznesenie Európskeho parlamentu o budúcnosti sociálnych služieb a stanoviská Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru.

## Problematika poskytovania zdravotnej starostlivosti v nemocniciach a dlhodobá starostlivosť z pohľadu ústavných práv

Hospitalizácia seniorov sa v nemocnici vo väčšine prípadov ukončuje *zásadne presne po 21 dňoch*. Je to obvyklá prax, že v prípade hospitalizácie seniora je tolerovaný jeho pobyt na jednom oddelení maximálne na dobu 21 dní. Po tomto termíne, ak pretrváva zhoršený zdravotný stav, musí si dotyčný senior, resp. jeho príbuzní vyriešiť situáciu sami, pričom spôsoby riešenia sú: preloženie na iné oddelenie, ukončenie hospitalizácie a opätovné prijatie po niekoľkých dňoch, prípadne umiestnenie seniora v zariadení sociálnych služieb alebo domáca starostlivosť zabezpečovaná svojpomocne rodinou alebo opatrovateľskou službou.

Vo viacerých spomenutých prípadoch sa seniori a ich príbuzní dostávajú mimo systému ústavou garantovanou bezplatnou starostlivosťou a „vkročia“ do komerčnej sféry, kde platia. Zodpovedný orgán, v tomto prípade MZ SR, ale aj MPSVaR dlhodobo legislatívne a hlavne finančne nerieši túto situáciu. Ponecháva túto oblasť na dohodu zdravotných poisťovní s poskytovateľmi (na základe zmlúv všetkých troch poisťovní a rôznymi poskytovateľmi). Týchto 21 dní majú v zmluvách všetky tri poisťovne, a to uvedených ako minimálna dĺžka hospitalizácie (v praxi však paradoxne maximálna), na ktorú je naviazaná aj príslušná platba z poisťovne poskytovateľovi. V zmysle čl. 40 Ústavy SR „každý má právo na ochranu zdravia“. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na „bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon“. Práve **termín 21 dní pritom nemá oporu v žiadnej legislatíve**, všeobecne záväzných normách ani v žiadnej koncepcii medicínskych odborov a vznikol z pseudomedicínskych, najmä finančných dôvodov.

## Zavedenie preplácania ošetrovateľských výkonov v zariadeniach sociálnych služieb

**MPSVaR SR** uskutočnilo v roku 2013 analýzu ošetrovateľských výkonov poskytovaných celkovo v 285 zariadeniach sociálnych služieb (ak zariadenie poskytuje kombináciu sociálnych služieb, je započítané v každom druhu sociálnej služby), z toho v 175 domovoch sociálnych služieb, v 78 zariadeniach pre seniorov a v 32 špecializovaných zariadeniach<sup>1</sup>. Podrobnejšie údaje o zariadeniach, sestrách a klientoch v jednotlivých samosprávnych krajoch.

	Počet zariadení, v ktorých sa poskytovala	počet sestier, ktoré poskytovali ošetrovateľské výkony		celkový počet klientov zariaden	počet klientov, ktorým sa poskytovali
		Spolu	Z toho		

<sup>1</sup> V roku 2018 pracovalo v zariadeniach sociálnych služieb celkovo 8 525 zamestnancov. Z toho je menšia časť zdravotné sestry, avšak limitujúca, lebo vyžaduje špecifické vzdelanie. Bližšie viď: <https://www.employment.gov.sk/sk/ministerstvo/vyskum-oblasti-prace-socialnych-veci-institut-socialnej-politiky/spravy-socialnej-situacii-obyvatelstva/rok-2018.html>

	ošetrovateľská		na plný úväzok	na viac ako 1/2	na menej ako 1/2	ia	ošetrovateľské výkony
<b>SR</b>	<b>starostlivosť</b>						
<b>SPOLU</b>	<b>285</b>	<b>1242,24</b>	<b>1061</b>	<b>57</b>	<b>126</b>	<b>17584</b>	<b>15834</b>
Domov sociálnych služieb	175	909,57	805,3	39	68,5	13176	12098
Zariadenie pre seniorov	78	210,34	163,8	9,5	36,5	3480	2800
Špecializované zariadenie	32	122,33	98,83	8,5	21	1081	980

V rámci financovania ošetrovateľských výkonov poskytovaných celkovo vo všetkých zariadeniach SR sme vyčíslili, že v rámci zdravotného poistenia malo byť podľa počtu ošetrovateľských výkonov zo zdravotného poistenia uhradených ročne až viac ako 76 mil. eur v roku 2013. Na základe cien v roku 2020 by spoluúčasť v rámci zdravotného poistenia mala byť podľa počtu ošetrovateľských výkonov zo zdravotného poistenia uhrádzaná vo výške 100 mil. eur.

### **Dodatočné financie na dlhodobú starostlivosť mimo systému zdravotného a sociálneho poistenia**

Denný pobyt väzňa vo väzení bol hradený zo štátneho rozpočtu v roku 2018 38,92 eura, takže ak odsúdený strávil celý rok vo väzení, jeho pobyt stál 14 205 eur. V slovenských väzniciach je priemerne okolo 10-tisíc väznených osôb (dlhodobo naplnené kapacity). Na väzenstvo ide každoročne zo štátneho rozpočtu 148 miliónov eur. Ak máme skoro 150 miliónov eur na väzňov, ako je možné, že nevieme nájsť adekvátne finančné prostriedky pre občanov, spadajúcich do systému dlhodobej starostlivosti?

## Vytvorenie 30-tisíc pracovných miest v oblasti dlhodobej starostlivosti

Zákon o sociálnych službách č. 448/2008 nerieši posilnenie kompetencií občanov tak, aby si každý občan mohol individuálne zvolit' pre neho najefektívnejší a najvhodnejší spôsob zaistenia potrieb. Občania nemajú právo slobodne sa rozhodnúť, či pôjdu do zariadenia, alebo ich bude opatrovať rodinný príslušník alebo iná blízka osoba. Občania – prijímatelia nedostávajú priamo príspevok na odkázanosť ako štátnu dávku. Dostáva ju zariadenie, teda poskytovateľ. V okolitých štátoch, napr. v Nemecku, Rakúsku, Francúzsku, ale aj v Čechách, je základným nástrojom finančného zabezpečenia potrieb osôb so zdravotným postihnutím a osôb, ktoré strácajú schopnosť starostlivosti o seba z dôvodu veku, príspevok na odkázanosť priamo občanovi a zaistenie starostlivosti ako štátnej dávky.

Príspevok na odkázanosť tam dostáva od štátu človek, ktorý je kvôli dlhodobo nepriaznivému zdravotnému stavu závislý od pomoci inej osoby. Výška príspevku je závislá od veku žiadateľa a miery jeho závislosti od pomoci inej osoby minimálna, ľahká, stredne ťažká a ťažká. V susedných Čechách je to u dospelého človeka 800, 4 000, 8 000 a 12 000 českých korún, u dieťaťa 3 000, 5 000, 9 000 a 12 000 českých korún. Zavedenie príspevku na odkázanosť v Čechách donútilo dovtedajší mimoriadne skostnatý systém sociálnych služieb reagovať. Päť rokov od zavedenia tejto filozofie sociálnych služieb si podľa materiálov českého ministerstva práce a sociálnych vecí službu registrovaných poskytovateľov platilo iba okolo 18 percent ľudí. Približne o 53 percent seniorov a zdravotne postihnutých občanov sa stará príbuzný či blízky človek<sup>2</sup>. O takmer pätinu občanov sa stará cudzí človek, väčšinou so znalosťou diagnózy a schopnosťou prispôbiť sa jej. Len necelá desatina príjemcov príspevku si opatrovanie zaistila u profesionálov.

Na Slovensku je v pobytových zariadeniach sociálnych služieb zabezpečovaná služba viac ako 47-tisíc ľuďom, ale ďalších viac ako 10-tisíc ľudí dlhodobo čaká v poradovníkoch. Títo by v systéme príspevok na odkázanosť ako štátnu dávku dostávali peniaze od štátu a mohli by sa o nich postarať najbližší alebo profesionálny opatrovateľ.

<sup>2</sup> Treba však podotknúť, že aj pri dlhodobej starostlivosti poskytovanej príbuzným alebo blízkym človekom je potrebné sa kontrolným systémom primerane ubezpečovať, že sa vyplácaním dávky skutočne dosahuje jej účel – odborná a účelná starostlivosť o odkázanú osobu.

Ak by sa zmenil systém a príspevok by nedostávali poskytovatelia, ale prijímatelia cez príspevok na starostlivosť ako štátnu dávku, 10-tisíc súčasných čakaťov by si mohlo okamžite zabezpečiť v domácom prostredí opatrovateľku. Tak by mohlo prísť k okamžitému zvýšeniu pracovných miest. Po vzore českého modelu, ktorý takúto štátnu dávku má, kde sa až o 53 % seniorov a zdravotne postihnutých občanov stará príbuzný či blízky človek v domácom prostredí, by v priebehu nasledujúcich rokov prišlo k nárastu takýchto pracovných miest až na 30-tisíc.

Žiada sa upozorniť, že v súčasnosti pracuje v zahraničí v oblasti dlhodobej starostlivosti porovnateľný počet našich pracovníkov, dominantne žien – matiek, čo má nesporne neblahý vplyv na ich rodinný život. Druhým dôležitým zdrojom uspokojenia budúceho dopytu po službách dlhodobej starostlivosti sú dlhodobo nezamestnaní, ktorí by vykonávali pomocné práce a po zapracovaní a získaní príslušnej odbornosti aj plnohodnotné práce v oblasti dlhodobej starostlivosti.

## **Odporúčania medzinárodných organizácií**

Uznesenie Európskeho parlamentu z 5. júla 2011 o budúcnosti sociálnych služieb (2009/2222 INI):

- prístup k službám všeobecného záujmu je základné právo zahrnuté v hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach uznávaných v rámci Všeobecnej deklarácie ľudských práv (INI, písm. D),
- sociálne služby a dlhodobá starostlivosť zahŕňajú zákonom dané i doplnkové systémy sociálneho zabezpečenia poskytované priamo osobe (INI, čl. 1),
- základným pilierom európskeho sociálneho modelu je zachovať všeobecne dostupné, kvalitné, všeobecne prístupné a cenovo dostupné sociálne služby a dlhodobú starostlivosť a zaručiť nediskriminačný prístup k týmto službám (INI, písm. E, čl. 3),
- všeobecná povaha sociálnej služby nezávisí od oblasti, v ktorej sa poskytuje, ale od spôsobu, akým sa poskytuje, v zmysle rôznych faktorov, ako neziskový štatút či absencia výberu príjemcov (UNI, čl. 7);

- aby sociálne služby a dlhodobá starostlivosť plnili svoju úlohu, nemôžu mať k nim prístup iba znevýhodnené a zraniteľné osoby, ale tieto služby musia byť všeobecne prístupné a nezávislé od bohatstva či príjmu, a zároveň musia zaručovať spravodlivý prístup pre všetky znevýhodnené osoby (INI, čl.10),
- tradičnú úlohu má štát ako poskytovateľ sociálnych služieb vo verejnom záujme (INI, čl. 23); EP sa domnieva, že otvorenie priestoru pre súkromných poskytovateľov by mohlo viesť k zvýšeniu dostupnosti a kvality služieb a k rozšíreniu možnosti voľby pre spotrebiteľa,
- sociálne služby a dlhodobá starostlivosť musia zodpovedať právam a potrebám užívateľov (INI, čl.36),
- zmluvy zaväzujú EÚ a členské štáty zamedziť narúšaniu sociálnych služieb a dlhodobej starostlivosti uplatňovaním trhových pravidiel na netrhové služby (čl. 38).

Európsky hospodársky a sociálny výbor na svojom 508. plenárnom zasadnutí 27. a 28. mája 2015 (schôdza z 27. mája 2015) prijal nasledujúce stanovisko:

- žiada, aby sa prostredníctvom konzistentných a rozčlenených údajov rozšírili poznatky o situácii ľudí žijúcich v inštitucionálnej starostlivosti a aby sa stanovili ukazovatele dodržiavania ľudských práv;
- vyzýva členské štáty, aby zaviedli antidiskriminačné opatrenia a podporovali právo ľudí so zdravotným postihnutím, aby sa plne zapájali do spoločnosti a hospodárstva, ako súčasť národných programov reforiem (NPR);
- konštatuje, že z dôvodu úsporných opatrení boli znížené rozpočty miestnych a regionálnych orgánov, čo priamo vplýva na prístupnosť sociálnych služieb; to v niektorých členských štátoch vyvolalo inštitucionalizačné tendencie;
- odporúča členským štátom, aby na podporu prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, na rozvoj sociálnych a zdravotníckych služieb a odbornú prípravu pracovníkov podporných služieb využili európske štrukturálne a investičné fondy;
- odporúča, aby členské štáty na základe analýzy nákladovej účinnosti zreformovali systém dlhodobej starostlivosti a namiesto znižovania finančných prostriedkov pristupovali k tejto problematike z dlhodobého hľadiska a investovali do ľudí a služieb;

- zdôrazňuje, že „deinštitucionalizácia“ je proces, ktorý si vyžaduje dlhodobú politickú stratégiu a vyčlenenie primeraných finančných prostriedkov na rozvoj alternatívnych pomocných služieb v komunite;
- naliehaivo žiada členské štáty, aby uznali právnu spôsobilosť mužov a žien so zdravotným postihnutím na rovnakom základe ako v prípade ostatných osôb, a to vo všetkých oblastiach života, a aby v potrebných prípadoch zakotvili asistované rozhodovanie;
- odporúča zriadiť vysokokvalitné komunitné služby ako kľúčový krok v procese deinštitucionalizácie; je nebezpečné zatvoriť inštitúcie bez toho, aby sa ľuďom ponúkli alternatívne služby;
- domnieva sa, že pri starostlivosti doma sa potrebný rozvoj profesionálnych služieb dá zabezpečiť za prijateľné ceny;
- odporúča, aby sa profesionáli v celej Európe vyškolovali prostredníctvom práce v komunitných službách a aby boli informovaní o procese deinštitucionalizácie;
- odporúča, aby boli komunitné služby k dispozícii lokálne a boli cenovo dostupné a prístupné pre všetkých;
- zdôrazňuje význam prístupu k zamestnanosti, aby sa osobám opúšťajúcim ústavné zariadenia umožnilo v plnej miere sa zúčastňovať na živote spoločnosti; špecializované služby zamestnanosti a odborného vzdelávania a prípravy by mali byť dostupné bez diskriminácie pre všetkých, ktorí ich potrebujú;
- odporúča, aby sa vytvorili partnerstvá medzi všetkými stranami zúčastnenými na procese deinštitucionalizácie;
- zdôrazňuje, že rôzne skupiny používateľov majú rozdielne potreby, ktoré si vyžadujú, aby boli vyvinuté špecifické riešenia, a to v spolupráci so všetkými zúčastnenými stranami vrátane používateľov a ich zastupujúcich organizácií, rodín, poskytovateľov služieb, zapojených hospodárskych odvetví a orgánov verejnej moci;
- naliehaivo žiada Európsku komisiu, aby prijala európsky rámec pre kvalitu komunitných služieb, a pripomína naliehavú potrebu prísnych, záväzných noriem, aby sa zabezpečila najvyššia úroveň kvality;

- naliehavo žiada členské štáty, aby zriadili nezávislé a účinné kontrolné a monitorovacie služby na zabezpečenie plnenia regulačných noriem a noriem kvality v službách v oblasti starostlivosti;
- odporúča, aby sa riešili výzvy spojené s negatívnymi stereotypmi a zvyšovalo sa povedomie v školách aj v spoločnosti prostredníctvom inkluzívneho vzdelávania a mediálnych kampaní.

## Odporúčania

Navrhované odporúčania v rámci systému dlhodobej starostlivosti vychádzajú najmä zo systémových zmien a náhľadu na túto problematiku v zmysle Dohovoru OSN o právach zdravotne postihnutých osôb a Uznesenia Európskeho parlamentu z 5. júla 2011 o budúcnosti sociálnych služieb (2009/2222 INI) a stanoviska Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru z mája 2015.

Ide najmä o:

1. Kompetencie – kompetencie samosprávy alebo Služba vo verejnom záujme.
2. Financovanie sociálnych služieb – zavedenie príspevku na starostlivosť.
3. Posudzovanie odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby.
4. Posudzovanie príjmu a majetku na účely platenia úhrad.
5. Zdravotná starostlivosť v pobytových zariadeniach sociálnych služieb, úhrady zo systému zdravotného poistenia.
6. Kvalita sociálnych služieb a inšpektorát kvality, ľudské práva a ich dodržiavanie.

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb v rámci systému dlhodobej starostlivosti:

- v záujme prijímateľov sociálnych služieb vyžadujúcich 24-hodinovú ošetrovateľskú starostlivosť je potrebné preklasifikovať časť akútnych lôžok v ústavných zdravotníckych zariadeniach na lôžka pre dlhodobo chorých s adekvátnou lekárskou aj



ošetrovateľskou starostlivosťou, s prítomnosťou sociálneho pracovníka, vrátane obdobia terminálneho štádia;

- využije sa tým existujúce materiálno-technické zabezpečenia a kvalifikovaná pracovná sila v ústavných zdravotníckych zariadeniach. SR má najvyšší počet akútnych lôžok na obyvateľa v rámci celej EÚ a dlhodobo sa diskutuje o ich využití na tento účel;
- v súčasnosti pri zdravotnej starostlivosti v pobytových zariadeniach sociálnych služieb chýba zosúladenie legislatívy MPSVR a MZ SR, čo sa prejavuje v tom, že:
  - o poskytovanie zdravotných výkonov v zariadeniach sociálnych služieb vedie k nižšej kvalite zdravotnej služby ako v zdravotníckych zariadeniach. Zatiaľ čo pre výkon fyzioterapie porúch psychomotorického vývoja sa v zdravotníckom zariadení požaduje vzdelanie druhého stupňa v magisterskom študijnom programe v študijnom odbore fyzioterapia, tak aktuálny zákon požaduje na výkon tej istej fyzioterapie v zariadení sociálnych služieb len vyššie odborné vzdelanie s príslušnou špecializáciou;
  - o výkon terapií – sociálny terapeut nemôže využívať rôzne formy terapií (napr. arteterapiu, muzikoterapiu atď), ako je uvedené v analytických listoch MPSVR, pretože ide o špecializovanú pracovnú činnosť liečebného pedagóga; liečebný pedagóg musí ako zdravotnícky zamestnanec spĺňať podmienky pre iných zdravotníckych zamestnancov uvedené v zákone č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti;
  - o v zariadeniach sociálnych služieb sa poskytujú rôzne nikým nekontrolované „terapie“, ktoré by sa v zdravotných zariadeniach poskytovať nemohli;
  - o problém platieb za ošetrovateľské úkony, ktoré v zariadeniach sociálnej služby platí samotný prijímateľ, treba riešiť tak, aby úhrady za sociálnu službu neboli odvodené od ekonomicky oprávnených nákladov (EON), do ktorých sa započítavajú aj platy zdravotných sestier;
  - o EON je mimoriadne sporný základ pre stanovenie výšky úhrady za sociálnu službu; tzv. ekonomicky oprávnené náklady sa v rámci samosprávnych krajov a v rámci sociálnych zariadení toho istého druhu a kraja výrazne neopodstatnene značne líšia pri porovnatel'nom druhu sociálnej služby a rovnakom stupni odkázanosti;

- o zákon nenúti poskytovateľa šetriť finančné prostriedky, efektívne a účelne ich vynakladať; neefektívnosť sa prenáša prostredníctvom EON na prijímateľa, pričom prijímateľ nemá žiadne možnosti ovplyvniť EON;
- o termín ekonomicky oprávnených nákladov by sa mal v zákone rozhodne nahradiť presne stanovenými maximálnymi cenami úhrad za ubytovanie, stravovanie, fyzickú odkázanosť, hodinu opatrovateľskej služby, tak ako to je v českom zákone o sociálnych službách. Ceny za sociálnu službu by nemal určovať trh. Ide o služby všeobecného záujmu a garantovať by ich mal štát, navyše taký, ktorý má v Ústave SR zakotvený sociálny rozmer trhového hospodárstva.

## Zhrnutie

Ústava SR garantuje právo občanom na primerané hmotné zabezpečenie v starobe a pri nespôsobilosti na prácu, ako aj pri strate živiteľa. Úroveň *hmotného zabezpečenia* musí byť v intenciách ústavy primeraná vo vzťahu k predchádzajúcej úrovni hmotného zabezpečenia občana, teda k úrovni, ktorú mal predtým, ako dospel do štádia staroby alebo sa stal nespôsobilým na prácu alebo predtým, s rešpektovaním princípov *zásluhovosti*, *solidárnosti* a *ekonomickej únosnosti*.

Z pohľadu prechodu na štátnu dávku príspevok na nesebestačnosť by zároveň prechodom prijímateľov dlhodobej starostlivosti do domáceho prostredia bolo možné vytvoriť viac ako 30-tisíc pracovných miest.

Navrhované odporúčania v rámci systému dlhodobej starostlivosti vychádzajú najmä zo systémových zmien v zmysle Dohovoru OSN o právach zdravotne postihnutých osôb a Uznesenia Európskeho parlamentu z 5. júla 2011 o budúcnosti sociálnych služieb a stanoviska Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru z mája 2015. Ide najmä o kompetencie samospráv versus štát, financovanie (zavedenie príspevku na sebestačnosť), zdravotná a ošetrovateľskú starostlivosť a jej preplácanie, ako aj celkovú zmenu financovania dlhodobej starostlivosti.

viac o starnutí populácie: <https://www.iz.sk/sk/projekty/starnutie-populacie>

prehľad dlhodobej starostlivosti: <https://www.iz.sk/download-files/sk/evs/dlhodoba-starostlivost-prehľad>

Tento článok je súčasťou projektu Politiky zamestnanosti realizovaného Inštitútom zamestnanosti. Tento projekt je podporený z Európskeho sociálneho fondu v rámci OP EVS.

**Aktivita:** Starnutie populácie, 2020

**Merateľný ukazovateľ:** P0587

**Súvis s projektom:** Táto analýza súvisí s aktivitou 1, starnutie populácie. Analyzuje aktuálny stav dlhodobej starostlivosti na Slovensku. Poukazuje na navrhované legislatívne odporúčania v rámci systému dlhodobej starostlivosti, najmä z pohľadu navrhovaných úprav zákonov v pôsobnosti rezortov Ministerstva zdravotníctva SR a Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR, hľadanie dodatočných financií na systém dlhodobej starostlivosti a možnosti vytvárania nových pracovných miest v rámci systému dlhodobej starostlivosti. Navrhované opatrenia majú priamy súvis s ústavnými právami občanov spoločne s prijatými medzinárodnými protokolmi (Dohovor OSN o právach zdravotne postihnutých osôb, Uznesenie Európskeho parlamentu o budúcnosti sociálnych služieb a stanoviská Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru).