

TERMÍN: 25.03.2021

xx34818xx
Recenzia A
Matúš Ferienčík
Matus.Ferencik@rrz.sk

*Prosím nezasahujte do tejto tabuľky*RECENZENT/KA (meno a priezvisko, pozícia, inštitúcia): **Matúš Ferienčík**NÁZOV MATERIÁLU: **Prognóza verejných výdavkov na dlhodobú starostlivosť**TYP VÝSTUPU*[1]: **Manuál**

(pri spoločných výstupoch uviesť aj typy individuálnych vkladov):

ANALYTICKÝ ÚTVAR, REZORT: **Ministerstvo financií SR - Inštitút finančnej politiky**AUTORI/KY: **Alexandra Salamonová, Jakub Fodor;**

SPOLUAUTORI/KY: - - ; - - ; - - ; - -

RECENZNÝ FORMÁT*[2]: **1****PRIPOMIENKY:**

P.č	Pripomenka sa vzťahuje k (strana, odsek):	Text pripomienky*[3]	Odôvodnenie pripomienky	Vysporiadanie sa s pripomienkou*[4]
1	Str. 12 ods. 2	Objem verejných výdavkov na inštitucionálnu starostlivosť môže byť podhodnotený. Navrhujem revidovať tento	Graf 7 ukazuje, že v roku 2018 bolo vynaložených 366 mil. eur na inštitucionálnu starostlivosť. Číslo zahrňuje aj	AKCEPTOVANÁ. Objem verejných výdavkov na inštitucionálnu starostlivosť vychádza z dávok zdravotných poisťovní pre zdravotnícke

		<p>odhad, prípadne detailne uviesť metodiku výpočtu.</p>	<p>zariadenia zdravotnej starostlivosti. Naproti tomu, podľa mikrodát výkazu Soc 1-01 celkové výdavky verejných poskytovateľov na inštit. star. boli 323.3 mil. eur. K tejto sume sa ešte pripočítajú príjmy neverejných poskytovateľov z príspevku MPSVR, iných dotácii zo šr a príjmy od samospráv. Podľa mikrodát išlo o ďalších 69.4 mil. eur, čiže spolu 392.7 mil. eur bez zahrnutia zariadení zdravotnej starostlivosti.</p>	<p>zariadenia a výkazov publikovaných Štatistickým úradom SR, ktoré sú uvedené na strane 21. Keďže model odhaduje len verejné výdavky na dlhodobú starostlivosť, celkové výdavky zariadení sociálnych služieb bolo potrebné rozdeliť na verejné a neverejné. Nakoľko recenzent sa odvoláva na celkové výdavky zariadení (nie len verejné), je možné, že rozdiel v hodnotách je spôsobený práve tým. Recenzent pritom vychádza z mikrodát k výkazu, ktoré by mali byť totožné s agregátnymi dátami, ktoré sú verejne dostupné. V rámci metodiky manuálu sa vychádza z agregovaných príjmov zariadení z verejne dostupného výkazu, kde sú jasne odlíšené verejné a neverejné zdroje, ktoré vstupujú do celkových príjmov zariadení. Postup bol doplnený v časti popisujúcej celkové výdavky na LTC: <i>„Objem verejných výdavkov je narátaný kombináciou dávok zdravotných poisťovní pre zdravotnícke zariadenia, výdavkov na peňažné príspevky a výdavkov na sociálne služby. Pri zariadeniach sociálnych služieb boli výdavky prevzaté z výkazu o príjmoch zariadení, kde je možné dostatočne odlíšiť verejné zdroje od iných. Vylúčené boli príjmy zo súkromného sektora, neziskových inštitúcií slúžiacich domácnostiam, úhrady za starostlivosť, sponzorské dary, verejné zbierky a iné príjmy. Pri vybraných sociálnych službách boli výdavky očistené o poplatky a sponzorské dary a verejné zbierky.“</i></p>
2	Str. 10 ods. 3	<p>Odhad odkázanej populácie na základe otázky o limitácii v bežných denných aktivitách z</p>	<p>K uvedenej otázke z EU-SILC existujú pochybnosti o správnosti jej slovenského</p>	<p>ČIASTOČNE AKCEPTOVANÁ.</p>

		<p>prieskumu EU-SILC môže byť nadhodnotený. Navrhujem revidovať odhad miery odkázanosti z EU-SILC podľa odhadu zo štúdie uvedenej v odôvodnení pripomienky.</p>	<p>znenia. Dôsledkom toho je podhodnocovanie zdravotného stavu respondentmi, čo by znamenalo nadhodnocovanie miery odkázanosti (viď. str. 10 komentár Dôchodkový vek: mýty a fakty https://bit.ly/3f9airD).</p> <p>Priemer expertných odhadov (Repakova, Odkázanosť na pomoc inej osobe pri sebaobsluže vo verejnej politike – vybrané výskumné otázky, 2014) miery odkázanosti bol na úrovni 5,6%, čo je výrazne nižšie ako by naznačovali odpovede na otázku z EU-SILC (odpoveď severe limitation [hlth_silc_12] v roku 2014 9.2%, vek 16+).</p>	<p>V časti, ktorá popisuje veľkosť odkázanej populácie bolo doplnené v úvodnej vete, že veľkosť odkázanej populácie je uvedená podľa EU SILC. V poznámke pod čiarou bolo následne rozvítené: „Slovensko vykazuje jednu z najvyšších mier odkázanosti spomedzi krajín EÚ podľa EU-SILC. V skutočnosti môže byť počet odkázaných v rámci tohto ukazovateľa nadhodnotený. Problémy ukazovateľa sú uvedené v Boxe 2. Zatiaľ však nie je dostupný obdobný ukazovateľ s tak podrobnou vekovou štruktúrou odkázaných. Podľa expertného odhadu (Repková, 2014) by mohol byť priemerný podiel odkázaných osôb na Slovensku 5,6 %.“</p> <p>V rámci Boxu 2, ktorý sa venuje nedostatkom zberu dát v oblasti LTC, bol pridaný odsek o spôsobe zberu dát podľa EU SILC na Slovensku.</p> <p>Zároveň zdôrazňujeme, že aj v rámci expertného odhadu v rámci publikácie Repková (2014) vychádzajú expertné tímy z údajov EU SILC a EHIS, čo mohlo skresliť výsledné hodnoty. Tiež podotýkame, že medzi expertnými tímami boli výrazné rozdiely vo finálnych hodnotách veľkosti odkázanej populácie a pri zatriedovaní do vekových kohort. Preto aj výsledky uvádzaného výskumu je treba brať s rezervou.</p>
3	Str. 17 box 4	Navrhujem vytvoriť scenár, v ktorom rast strednej dĺžky života aspoň čiastočne znižuje	Zmiešané výsledky výskumu a z nich vyplývajúca neistota, môže byť práve dôvodom,	NEAKCEPTOVANÁ.

		vekovo-špecifickú mieru odkázanosti, resp. posúva vznik odkázanosti do vyššieho veku alebo spomaľuje zhoršovanie odkázanosti.	prečo mať na dlhodobom horizonte optimistický/pesimistický (senzitivity) scenár o vplyve rastu strednej dĺžky života. Modelovanie takých scenárov je v praxi bežné, vytvára ich napríklad aj Európska komisia.	Cieľom manuálu je odhadnúť budúce výdavky na dlhodobú starostlivosť pri naplnení vybraných predpokladov a bez zmeny nastavenia systému. Predpoklad o nemennej miere odkázanosti v čase má skôr pesimistický charakter a neočakáva zlepšenie zdravotného stavu osôb s nárastom strednej dĺžky dožitia. Súhlasíme, že k zmene v čase môže dôjsť, nie je však známe, aký vplyv na mieru odkázanosti by sa prejavil. V tomto smere vidíme priestor na širšiu diskusiu vrátane zahrnutia potenciálnych vplyvov intervencií v oblasti zdravotníctva (v podobe lepšej prevencie či primárnej starostlivosti). Dodatočné scenáre by preto mohli byť súčasťou doplňujúcej verzie v budúcnosti.
4	Str. 6	Navrhujem zohľadňovať aj rozdiely v jednotkových nákladoch podľa formy služby (pobytová/ambulantná)	Domovy sociálnych služieb, denné stacionáre a i. zariadenia inštitucionálnej starostlivosti môžu poskytovať starostlivosť aj v ambulantnej forme, ktorej jednotkové náklady sú nižšie oproti pobytovej forme.	ČIASTOČNE AKCEPTOVANÁ. Súhlasíme, že spôsob financovania pobytovej a ambulantnej formy služieb sa líši a ambulantná forma starostlivosti je menej nákladnou. Súčasne dostupné dáta však nerozlišujú výdavky na ambulantnú a pobytovú formu a chýba špecifikácia, akými vekovými kohortami a pohlavím sú tieto formy využívané. Za takýchto podmienok nie je možné tieto náklady odlišovať. Treba zároveň podotknúť, že takmer vo všetkých zariadeniach sociálnych služieb (s výnimkou denných zariadení) prevláda pobytová forma služieb. Manuál zároveň neuvažuje o zmene pomerov využívania služieb medzi odkázaným osobami v rámci pobytovej a ambulantnej

				<p>formy. Odlíšenie jednotkových nákladov by tak nemalo vplyv na celkové výdavky na dlhodobú starostlivosť.</p> <p>V tomto duchu bola doplnená časť o vykazovaní výdavkov na LTC v kapitole 2 o poznámku pod čiarou nasledovne: „Denná starostlivosť je v malej miere poskytovaná aj v pobytových zariadeniach, napr. domovoch sociálnych služieb. Nedostatočné dáta však neumožňujú jasné odlíšenie výdavkov na tieto formy služieb, ani vekovú štruktúru poberateľov podľa pohlavia.“</p>
5	Str. 15	Navrhujem aby v základnom scenári jednotkové náklady peňažných príspevkov na opatrovanie a osobnú asistenciu rástli podobne ako u formálnej starostlivosti.	Ak by spomínané peňažné príspevky rástli podľa HDP per capita, rástol by rozdiel medzi priemernou mzdou a príjmom neformálnych opatrovateľov, čo by viedlo k poklesu dopytu o tento príspevok a naopak k rastu dopytu po formálnych službách, čo nie je konzistentné s konštantným rozdelením odkázanej populácie podľa typu starostlivosti v projekcii.	<p>NEAKCEPTOVANÁ.</p> <p>Použité miery indexácie sú v súlade s metodikou Európskej komisie. V prípade uvažovania o dynamických vplyvoch v rámci projekcie by mohlo vplyvom zvolenej indexácie skutočne dôjsť k poklesu dopytu po neformálnych službách a rastu dopytu po formálnej starostlivosti. Pri obmedzenej ponuke služieb formálnej starostlivosti (kvôli obmedzenej pracovnej sile), by však nemohol byť dopyt plne uspokojený a odkázané osoby by stále dostávali služby aj v rámci neformálnej starostlivosti. Preto uvažujeme, že rozdelenie odkázanej populácie podľa typu starostlivosti by malo ostať konštantné.</p> <p>Potenciálny vplyv odlišnej miery indexácie je zachytený v jednom z citlivostných scenárov, kde jednotkové náklady na peňažné príspevky rastú v súlade s rastom priemernej mzdy.</p>

6	Str 13 ods. 2	Klesajúca priemerná výška kompenzačných príspevkov ŤZP vzhľadom k HDP per capita s vekom pravdepodobne neznamená klesajúcu celkovú nákladovosť starostlivosti.	Uvedené pravdepodobne odzrkadľuje legislatívne nastavenie príspevku na opatrovanie. Ak poberateľ poberá aj dôchodok, výška príspevku sa znižuje. Zároveň dáta ukazujú, že s vekom opatrovaného rastie podiel poberateľov s vekom 60 a viac rokov. Na druhej strane, ak je ťzp osoba nezaopatrené dieťa, príspevok na opatrovanie sa znižuje iba ak príjem ťzp osoby presahuje 3 násobok ŽM. U iných ťzp osôb je to 2 násobok ŽM od 1.7.2018.	AKCEPTOVANÁ. Predmetná veta na str. 13 bola upravená nasledovne: „Výsledky ukazujú, že najnákladnejšie sú mladšie osoby, čo je dané aj väčším pokrytím mladších kohort, s nárastom veku nákladovosť klesá, na čo vplýva aj legislatívne nastavenie (Graf 8).“ Následne bola k vete pridaná poznámka pod čiarou: „V rámci nastavenia príspevku na opatrovanie, ktorý tvorí značnú časť celkového objemu výdavkov na peňažné príspevky, sa znižuje výška príspevku pre poberateľov dôchodku. Pri nezaopatrených deťoch s ťažkým zdravotným postihnutím sa príspevok znižuje len ak príjem osoby s ťažkým zdravotným postihnutím presahuje 3 násobok životného minima, u ostatných osôb je to dvojnásobok životného minima.“
7	Str. 12 (updatov ana verzia)	Navrhujem zjednotiť metodiku vykazovania výdavkov verejnej správy (VS) s metodikou národných účtov ESA 2010. Oproti metodike ESA 2010 je objem výdavkov pravdepodobne podhodnotený (viď. pripomienka č. 1).	Spôsob vykazovania verejných výdavkov popísaný v poznámke pod čiarou č. 26 nie je v súlade s metodikou národných účtov ESA 2010. Podľa metodiky ESA 2010 pod výdavky VS patria aj výdavky samospráv, rozpočtových organizácií a vybraných príspevkových organizácií. Využitím IČO verejných poskytovateľov	NEAKCEPTOVANÁ. Cieľom manuálu je vytvoriť projekcie verejných výdavkov na dlhodobú starostlivosť z hľadiska zaťaženia verejných zdrojov financovania. Uvádzanie celkových výdavkov verejných zariadení počíta okrem iného aj s platbami klientov a dodatočnými súkromnými zdrojmi, ktoré pokrývajú skôr celkové výdavky na oblasť dlhodobej starostlivosti, než len verejné v zmysle zdrojov financovania. Sledovanie celkových výdavkov je určite dôležité pre pokrytie celého obrazu dlhodobej

			<p>v CRPSS možno identifikovať právnu formu verejných poskytovateľov. Práve vyššie spomenuté právne formy, sú medzi verejnými poskytovateľmi dominantné, a k výdavkom verejnej správy podľa ESA 2010 patria výdavky týchto verejných poskytovateľov.</p>	<p>starostlivosti. V kontexte sledovania vplyvu dopadov politik a zmien nastavenia systému však vidíme väčší prínos v oddelení verejných zdrojov od ostatných. Preto zosúladenie s metodikou ESA 2010 nevidíme v tomto smere ako prínosné.</p>
8	Str. 9 tab. 2 (updatov ana verzia)	<p>Navrhujem do výdavkov dlhodobej starostlivosti zahrnúť aj výdavky na prepravnú službu a príspevok na kompenzáciu zvýšených výdavkov súvisiacich so zabezpečením prevádzky osobného motorového vozidla (OMV). Alternatívne navrhujem zdôvodniť, prečo uvedená služba a príspevok nie sú zahrnuté, ale príspevky na prepravu, kúpu a úpravu motorového vozidla zahrnuté sú.</p>	<p>Spoločnou podmienkou pre poskytovanie príspevku na prepravu, peňažnej kompenzácie aj prepravnej služby je, aby osoba bola posúdená ako odkázaná na individuálnu prepravu OMV. Taktiež aktivity, na vykonávanie ktorých sa príspevok na prepravu poskytuje, sú takmer totožné s príspevkom na kompenzáciu zvýšených nákladov – prevádzka OMV. Príspevky vykazujú veľkú mieru podobnosti v podmienkach aj v účele, preto je podľa mňa potrebné pristupovať k nim rovnako.</p>	<p>ČIASTOČNE AKCEPTOVANÁ.</p> <p>Pri zatriedovaní položiek bolo aplikované kritérium zohľadňujúce, či účelom služby/príspevku je pomoc odkázanej osobe pri ADL alebo IADL činnostiach.</p> <p>Príspevok na kompenzáciu zvýšených výdavkov súvisiacich so zabezpečením prevádzky osobného motorového vozidla kompenzuje výdavky na pohonné látky. Príspevok samotný nepodporuje priamo mobilitu odkázanej osoby a skôr kompenzuje len dodatočné výdavky. Naproti tomu, príspevky na kúpu a úpravu motorového vozidla priamo súvisia s mobilitou osoby s ŤZP, obdobne ako príspevok na úpravu bytu či kúpu zdvíhacieho zariadenia. Vysvetlenie nezariadenia príspevku je už uvedené na strane 8 v poznámke pod čiarou.</p> <p>Prepravná služba slúži na podporu mobility odkázaných osôb, ale aj osôb s dočasným nepriaznivým zdravotným</p>

				stavom, ktorý osobu obmedzuje v pohybe, ako napríklad zlomenina nohy. V prípade dostatočne podrobných údajov o poberateľoch služieb, by prepravná služba bola zaradená medzi LTC položky, podobne ako by mohli byť služby čistiarne, jedálne a iných. Nedostatočné dáta však neumožňujú oddeliť odkázané osoby od ostatných poberateľov, zahrnutie všetkých prijímateľov služieb by preto mohlo nadhodnotiť počet poberateľov služieb LTC. Naproti tomu, príspevok na prepravu sa poskytuje len osobe s ŤZP, ktorá má ťažkú poruchu mobility či duševnú poruchu, čo sú predpoklady odkázanosti v kontexte definície LTC. Na str. 9 bolo v poznámke pod čiarou doplnené, že medzi domácu dlhodobú starostlivosť môže patriť aj prepravná služba, no súčasné dáta neumožňujú oddelenie odkázaných osôb.
9				
10				

CELKOVÉ HODNOTENIE (recenzent/ka vyplní túto časť po vysporiadaní sa s pripomienkami analytickou jednotkou):

Po dôchodkovom systéme a zdravotníctve je dlhodobá starostlivosť ďalšia oblasť, v ktorej sa očakáva rast tlaku na verejné financie vplyvom starnutia populácie. Na Slovensku sa projekciám dlhobodej starostlivosti venovala relatívne malá pozornosť, čo súvisí aj s nedostatočnými možnosťami existujúcich dátových zdrojov v tejto oblasti. Vytvorenie vlastných metodík, ktoré lepšie zahrňujú slovenský kontext, ako aj ďalší výzkum v tejto oblasti je veľmi potrebný. Vytvorenie Manuálu IFP preto hodnotím veľmi pozitívne.

IFP v manuáli predstavuje vlastnú metodiku projekcie, ako aj zadefinovanie štátnych príspevkov, sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti, ktorá spadá pod dlhodobú starostlivosť. Metodika projekcie vychádza z modelu EK, no na niektorých miestach sa od nej odchyľuje. Neistota ohľadne predpokladov budúceho vývoja je ilustrovaná citlivostnými scenármi. IFP tiež stručne popisuje možnosti súčasných dátových zdrojov, pričom zlepšenie ich kvality je kľúčové pre ďalší výzkum, nastavovanie politík aj zlepšovanie metodiky projekcie. Do budúcnosti odporúčam najmä zosúladiť metodiku vykazovania výdavkov a príjmov s metodikou ESA 2010, čo by prispelo k medzinárodnej porovnateľnosti aj porovnateľnosti s inými výdavkovými položkami verejnej správy.

Materiál odporúčam na publikovanie.

[1] Výber medzi: 1. analýza (komplexný analytický materiál s návrhmi konkrétnych systémových opatrení); 2. komentár (rozsahovo menší analytický materiál venujúci sa konkrétnemu čiastkovému problému); 3. manuál (metodické usmernenie vyplývajúce z potreby zjednotenia procesov a postupov v konkrétnej oblasti).

[2] Formát 1 pre komentár/manuál (2 recenzenti bez povinného odborného workshopu); Formát 2 pre analýzu (3 recenzenti a povinný odborný workshop).

[3] Do tabuľky značiť pripomienky zásadného metodologického a obsahového charakteru (nie štylistické či gramatické opravy).

[4] Vyplní analytická jednotka: pripomienka bola akceptovaná / pripomienka nebola akceptovaná a zdôvodnenie / pripomienka bola čiastočne akceptovaná a zdôvodnenie.