



**Kancelária Národnej rady Slovenskej republiky
Odbor Parlamentný inštitút**

Edícia: Porovnávacie analýzy

6/2025

Financovanie dlhodobej starostlivosti so zameraním na rezidenčné zariadenia

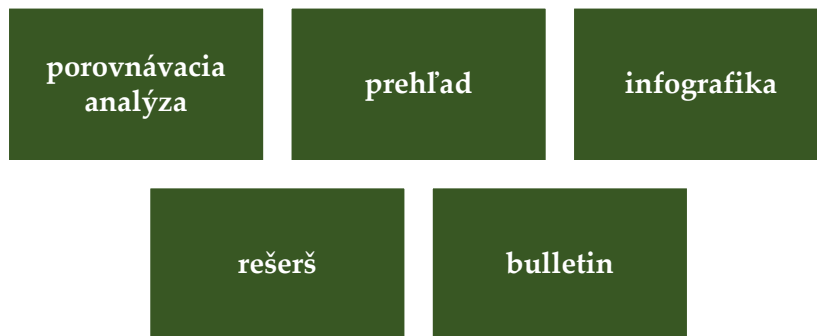
Veronika Lipková

**Bratislava
marec 2025**



Postavenie odboru Parlamentný inštitút definuje § 144 zákona NR SR č. 350/1996 Z. z. o rokovacom poriadku Národnej rady Slovenskej republiky, podľa ktorého Parlamentný inštitút plní informačné, vzdelávacie a dokumentačné úlohy súvisiace s činnosťou NR SR a jej poslancov. Súčasťou odboru je aj oddelenie Parlamentná knižnica a oddelenie Parlamentný archív.

V rámci informačnej činnosti odbor Parlamentný inštitút vydáva spravidla tieto informačno-analytické materiály:



V oblasti vzdelávania Parlamentný inštitút zastrešuje úvodné inštruktážne semináre najmä pre novozvolených poslancov, účasť Kancelárie NR SR na parlamentnej rozvojovej spolupráci určenej pre zahraničné parlamenty, stážový program pre študentov vysokých škôl, ako aj ďalšiu vzdelávaciu, prednáškovú a publikačnú činnosť.



Financovanie dlhodobej starostlivosti v EÚ so zameraním na rezidenčné zariadenia

Anotácia

Štúdia sa zaoberá financovaním dlhodobej starostlivosti v EÚ, pričom sa primárne zameriava na rezidenčné zariadenia. Poskytuje prehľad o súčasnom stave pokrytia potrieb formálnej dlhodobej starostlivosti, úrovni verejných výdavkov na dlhodobú starostlivosť v jednotlivých štátoch EÚ, ako aj o jej ďalšej prognóze. Zároveň pomenúva princípy financovania tejto starostlivosti vo vybraných štátoch EÚ. Materiál nadväzuje na štúdiu *Rezidenčné zariadenia dlhodobej starostlivosti o seniorov a odkázané osoby* (Kubišová, K., PI, 2025).

Kľúčové slová

sociálne služby, dlhodobá starostlivosť, rezidenčné zariadenie, financovanie, verejné výdavky

Financing of long-term care in the EU with a focus on residential facilities

Abstract

The study examines the financing of long-term care in the EU, with a primary focus on residential care facilities. It offers an overview of the current state of formal long-term care coverage, the level of public spending on long-term care across individual EU countries, as well as its future projection. Additionally, it outlines the principles of financing this care in selected EU countries. This paper builds upon the study *Residential long-term care facilities for seniors and dependent persons* (Kubišová, K., PI, 2025).

Keywords

social services, long-term care, residential care facilities, financing, public spending

Vypracovala: Ing. Veronika Lipková, odbor Parlamentný inštitút

Schválila: PhDr. Natália Petranská Rolková, PhD., riaditeľka PI

Materiál slúži najmä pre poslancov Národnej rady Slovenskej republiky a zamestnancov Kancelárie NR SR a nemôže v plnej miere nahrádzať právne alebo iné odborné poradenstvo v danej oblasti. Zverejňovanie materiálu je možné iba so súhlasom odboru Parlamentný inštitút a autorov. Údaje, použité v materiáli, sú aktuálne k dátumu jeho zverejnenia. Materiál neprešiel jazykovou úpravou.



Obsah

Úvod	5
1. Financovanie a pokrytie potrieb formálnej dlhodobej starostlivosti z verejných zdrojov v EÚ	6
2. Charakteristiky financovania dlhodobej starostlivosti v EÚ	14
3. Financovanie rezidenčných sociálnych služieb na Slovenku	20
Záver	23
Zdroje	24



Úvod

Tento materiál nadväzuje na analýzu č. 5/2025 *Rezidenčné zariadenia dlhodobej starostlivosti o seniorov a odkázané osoby* (Kubišová, K., 2025). Zameriava sa pritom na aspekt financovania sociálnych služieb poskytovaných v rezidenčných zariadeniach vo vybraných štátoch EÚ.

V prvej kapitole prinášame porovnanie súčasného stavu pokrytia dlhodobej starostlivosti o odkázané osoby v EÚ (jednak vecnými dávkami a jednak finančnými príspevkami), objemu vynaložených verejných prostriedkov na dlhodobú starostlivosť v EÚ a takisto prognózu jeho vývoja. Ako hlavné zdroje nám slúžili údaje zo *Správy Európskej komisie o starnutí obyvateľstva* z roku 2024 a z verejnej databázy *OECD Data Explorer*.

Keďže štruktúra poskytovania a financovania dlhodobej starostlivosti prostredníctvom rezidenčných zariadení sa v jednotlivých štátoch EÚ odlišuje, na účely porovnania bolo potrebné zvoliť „vyššiu“ úroveň pohľadu (*high-level view*) na túto problematiku, pričom zjednocujúcim rámcom sa javilo práve financovanie dlhodobej starostlivosti a konkrétne formálnej dlhodobej starostlivosti¹. V prípade dostupných reportovaných údajov sme sa snažili priniesť aj detailnejší pohľad, ktorý zobrazuje konkrétne segment rezidenčnej starostlivosti.

V druhej kapitole sme sa zamerali na zmapovanie spoločných charakteristík financovania dlhodobej starostlivosti vo vybraných štátoch EÚ. Vychádzali sme pritom primárne z vypracovaných odpovedí jednotlivých štátov ohľadne financovania sociálnych služieb v zariadeniach rezidenčného typu na požiadavku ECPRD č. 5966 *Zariadenia sociálnej starostlivosti pre seniorov a odkázané osoby*² a takisto z platnej legislatívy daných štátov a z informácií a usmernení zverejnených ich štátnymi inštitúciami. Pod vybranými štátmi tu rozumieme: Česko, Estónsko, Fínsko, Francúzsko, Holandsko, Chorvátsko, Litvu, Lotyšsko, Luxembursko, Maďarsko, Poľsko, Portugalsko, Rumunsko, Slovinsko, Španielsko, Taliansko.

V tretej kapitole zmiňujeme základné aspekty súčasného modelu financovania sociálnych služieb v rezidenčných zariadeniach na Slovensku, pod rezidenčnými zariadeniami rozumieme v zmysle zadanej požiadavky: zariadenia pre seniorov, zariadenia opatrovateľskej služby, domovy sociálnych služieb.

¹ Tento pojem je bližšie vysvetlený v kapitole 1.

² Požiadavka ECPRD č. 5966 *Zariadenia sociálnej starostlivosti pre seniorov a odkázané osoby* (uzavretá databáza). December 2024. Dostupné po prihlásení: <https://ecprd.secure.europarl.europa.eu/ecprd/private/request-details/977995>

1. Financovanie a pokrytie potrieb formálnej dlhodobej starostlivosti z verejných zdrojov v EÚ

Podľa *Správy Európskej komisie o starnutí obyvateľstva z roku 2024*³ (ďalej len „Správa EK“) patria medzi určujúce faktory verejných výdavkov na dlhodobú starostlivosť o odkázaných obyvateľov daného štátu:

- či ide o formálne/neformálne poskytovanie starostlivosti,
- prostredie, v ktorom sa starostlivosť poskytuje (v domácnosti prijímateľa pomoci/ v zariadení).

Pozn.: Pod formálnou starostlivosťou sa rozumie poskytovanie starostlivosti opatrovateľmi, ktorí sú platení na základe zmluvy. Pre účely tejto kapitoly sa budeme zameriavať na formálnu starostlivosť, ktorá je aspoň čiastočne financovaná verejným sektorom.

Súčasný stav pokrytia potrieb formálnej dlhodobej starostlivosti v EÚ, 2022

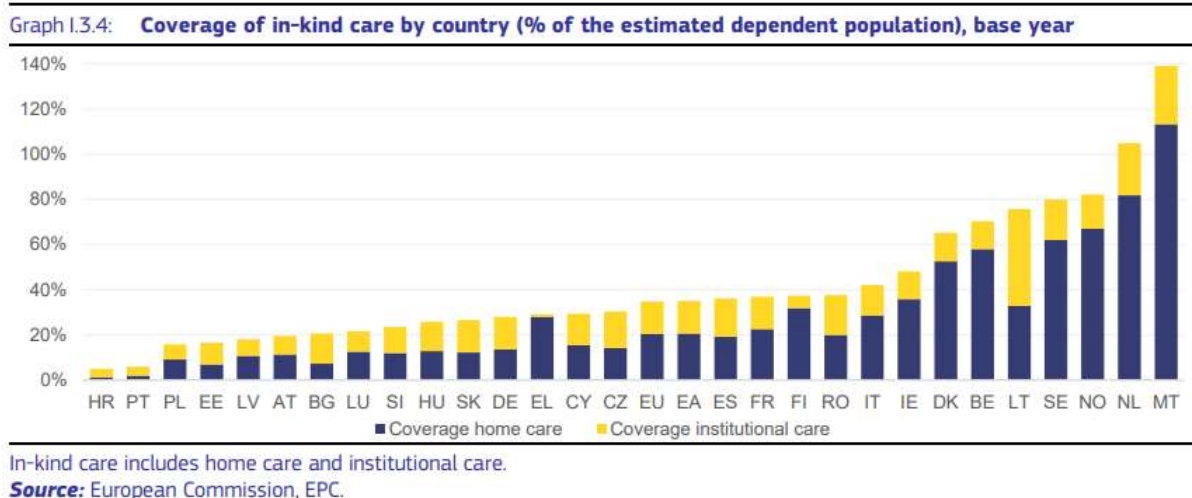
V členských štátoch EÚ je formálna dlhodobá starostlivosť (poskytovaná v domácom prostredí alebo v zariadení) financovaná buď prostredníctvom „vecných dávok“, t. j. priamym financovaním (služieb dlhodobej starostlivosti), a/alebo poskytovaním starostlivosti oprávneným prijímateľom, alebo prostredníctvom „peňažných dávok“, keď príjemcovia dostávajú finančné prostriedky, aby si tieto služby zabezpečili sami podľa vlastného výberu. Peňažné dávky sa môžu použiť aj na kompenzáciu neformálnych opatrovateľov, akými sú rodinní príslušníci.

Všetky členské štáty EÚ sú zapojené do verejného poskytovania a/alebo financovania služieb formálnej dlhodobej starostlivosti, hoci sa tak deje v rozličnej miere. Rozsah pokrytia potrieb starostlivosti o odkázaných ľudí sa medzi jednotlivými štátmi EÚ výrazne líši a takisto aj pomer medzi pokrytím potrieb domácej starostlivosti a rezidenčnej starostlivosti.

Nakoľko sa v jednotlivých štátoch môže prekrývať systém financovania starostlivosti poskytovaním vecných dávok a peňažných príspevkov, nasledujúce grafy (Graf 1 a 2) zobrazujú percentuálne pokrytie potrieb starostlivosti odhadovaného počtu odkázaných osôb v rámci daného štátu, a to samostatne prostredníctvom vecných dávok a samostatne prostredníctvom peňažných príspevkov.

³ Európska komisia: Správa o starnutí obyvateľstva z roku 2024, Ekonomické a rozpočtové prognózy pre členské štáty EÚ (2022 – 2070), s. 108. Dostupná (v angličtine) na: https://economy-finance.ec.europa.eu/document/download/971dd209-41c2-425d-94f8-e3c3c3459af9_en?filename=ip279_en.pdf%20

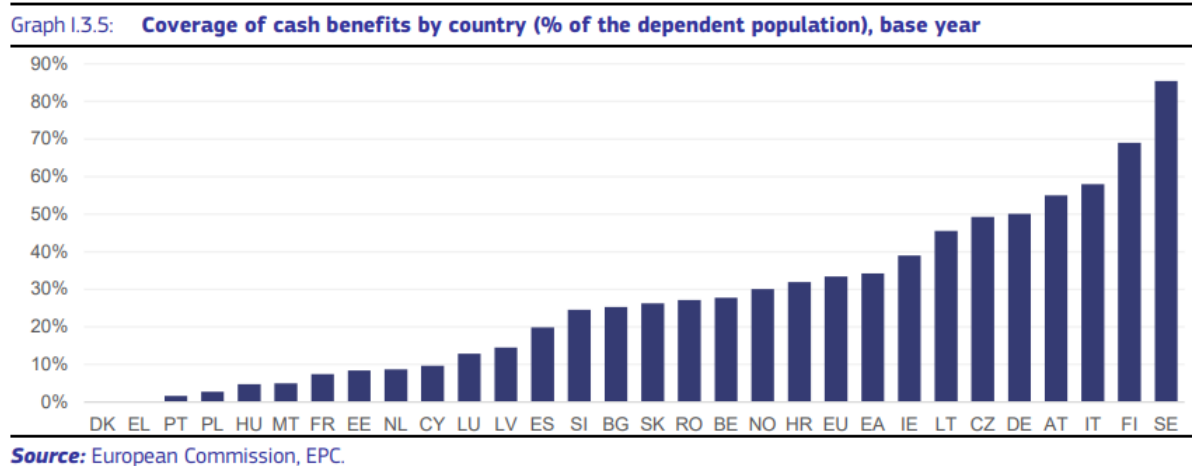
Graf 1: Pokrytie potreby starostlivosti (prostredníctvom vecných dávok) v jednotlivých štátoch (% odhadovaného počtu odkázaných osôb), základný rok (2022)



Zdroj: [Správa Európskej komisie o starnutí obyvateľstva z roku 2024](#), s. 108

Pozn: Odhadované pokrytie potrieb starostlivosti odkázaných osôb v prípade Malty a Holandska prekračuje úroveň 100 %, nakoľko systém dlhodobej starostlivosti v daných štátoch zahŕňa aj starostlivosť o odkázaných s ľahším stupňom odkázanosti.

Graf 2: Pokrytie potreby starostlivosti (prostredníctvom peňažných dávok) v jednotlivých štátoch (% odkázaných osôb), základný rok (2022)



Zdroj: [Správa Európskej komisie o starnutí obyvateľstva z roku 2024](#), s. 109

Z uvedených dát vyplýva, že dlhodobá starostlivosť financovaná z verejných zdrojov je vo väčšine štátov EÚ z veľkej časti „suplovaná“ poskytovaním starostlivosti zo strany neformálnych opatrovateľov, akými sú rodinní príslušníci (najmä ich manželia/manželky a potomkovia) a známi. V tomto prípade ide v princípe o bezplatné poskytovanie starostlivosti, bez uzavretia formálnej zmluvy medzi opatrovateľom a prijímateľom pomoci, aj keď za určitých podmienok môžu neformálni opatrovatelia dostávať za túto starostlivosť určitý príjem od štátu, prípadne priamo platbu od prijímateľa pomoci.

Pri poskytovaní takejto neformálnej dlhodobej starostlivosti dochádza k vzniku „nákladov obetovanej príležitosti“ vo forme vplyvu na trh práce a produktivitu, ako aj na samotný zdravotný stav opatrovateľov.

Na základe údajov zo Správy EK bola na **Slovensku** v roku 2022 pri odhadovanom počte 506,5 tisíc odkázaných osôb zabezpečená dlhodobá starostlivosť prostredníctvom vecných dávok o takmer 135-tisíc odkázaných osôb (26,6 %), z toho o takmer 73-tisíc odkázaných osôb (14,4 %) formou rezidenčnej starostlivosti a o takmer 62-tisíc odkázaných osôb (12,2 %) formou domácej starostlivosti. Peňažné dávky poberalo približne 133-tisíc odkázaných osôb, t. j. 26,2 % z celkového počtu odkázaných osôb.⁴

Ak by sme prijali **hypotézu**, že systém financovania starostlivosti poskytovaním vecných a peňažných dávok sa pri jednotlivých odkázaných osobách neprekrýva, percento pokrytia potreby dlhodobej starostlivosti (spolu prostredníctvom vecných a peňažných dávok) by sme mohli získať ako súčet oboch plnení. Najnižšie sumárne percento pokrytia potreby formálnej dlhodobej starostlivosti by tak v rámci EÚ dosiahlo Portugalsko (7,6 % odkázaných osôb), nasledovalo by Poľsko (18,6 %), Estónsko (25,0 %) a Grécko (29,2 %). Najvyššie percento pokrytia potreby dlhodobej starostlivosti by v rámci EÚ dosiahlo Švédsko (165,5 % odkázaných osôb), Malta (144,0 %), Litva (121,4 %) a Holandsko (113,6 %). Slovensko by sa v takomto „pomyselnom rebríčku“ umiestnilo v rámci EÚ na 15. pozíciu, pri pokrytí potreby na formálnu dlhodobú starostlivosť na úrovni 52,8 % z počtu odkázaných osôb. Takýto zjednodušený pohľad slúži na identifikovanie trendov pri pokrytí formálnej dlhodobej starostlivosti v rámci jednotlivých štátov EÚ, nie ako zdroj absolútnych hodnôt.

Verejné výdavky na dlhodobú starostlivosť v EÚ a ich prognóza (2022 – 2070)

Základný prognostický scenár (*baseline*, Správa EK) predpokladá v **období rokov 2022 – 2070 kontinuálny nárast verejných výdavkov EÚ na dlhodobú starostlivosť**, konkrétne z úrovne 1,7 % HDP v roku 2022 na úroveň 2,6 % HDP v roku 2070, čo je ekvivalentom zvýšenia verejných výdavkov EÚ na túto oblasť o 48 % počas uvedeného obdobia.

V prípade Slovenska by to znamenalo zvýšenie verejných výdavkov na dlhodobú starostlivosť z úrovne 1 % HDP v roku 2022 na 1,3 % HDP v roku 2030, na 1,6 % HDP v roku 2040 a v najdlhšom horizonte (v roku 2070) na úroveň 2,4 % HDP, išlo by o 140 % nárast verejných výdavkov na túto oblasť za uvedené obdobie (2022 – 2070).⁵

⁴ Na základe výpočtu autorky, dáta pochádzajú z tabuliek II.1.123,124,125,126, Správa Európskej komisie o starnutí obyvateľstva z roku 2024 – Štatistické prílohy, všetky horizontálne tabuľky. Dostupné (v angličtine) na: https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2024-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2022-2070_en

⁵ Tabuľka I.3.4, Správa o starnutí obyvateľstva z roku 2024 (EK), Ekonomické a rozpočtové prognózy pre členské štáty EÚ (2022 – 2070), str. 118.

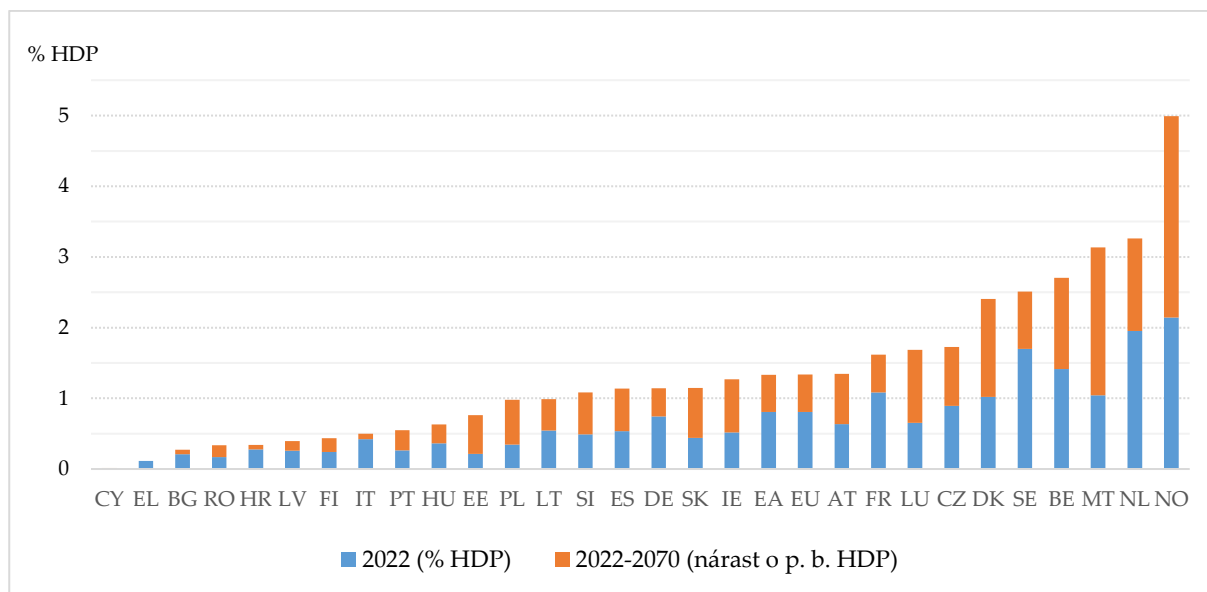
Ak sa zameriame na **podskupinu verejných výdavkov na poskytovanie dlhodobej starostlivosti v rezidenčnom zariadení**, tie sa podľa základného scenára v EÚ zvýšia medzi rokmi 2022 – 2070 o 0,5 percentuálneho bodu z úrovne 0,8 % HDP v roku 2022 na 1,3 % HDP v roku 2070. Slovensko zaznamená v tejto kategórii verejných výdavkov nárast medzi rokmi 2022 – 2070 o 0,7 percentuálneho bodu HDP z úrovne 0,4 % HDP v roku 2022 na 1,1 % HDP v roku 2070 (pozri Tabuľka 1, Graf 3).

Tabuľka 1: Verejné výdavky na poskytovanie dlhodobej starostlivosti v rezidenčnom zariadení, v % HDP, základný scenár

Štát	2022	2025	2030	2040	2050	2060	2070	2022-2070 (nárast o p. b. HDP)
BE	1,4	1,4	1,5	1,9	2,2	2,5	2,7	1,3
BG	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,1
CZ	0,9	0,9	1,0	1,2	1,4	1,6	1,7	0,8
DK	1,0	1,1	1,4	1,7	1,9	2,2	2,4	1,4
DE	0,7	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2	1,1	0,4
EE	0,2	0,4	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,5
IE	0,5	0,5	0,6	0,7	0,9	1,1	1,3	0,8
EL	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
ES	0,5	0,5	0,6	0,7	0,9	1,1	1,1	0,6
FR	1,1	1,1	1,1	1,3	1,5	1,6	1,6	0,5
HR	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,1
IT	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,1
CY	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
LV	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,1
LT	0,5	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0	0,4
LU	0,7	0,6	0,7	0,8	1,1	1,4	1,7	1,0
HU	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	0,3
MT	1,0	1,1	1,3	1,5	1,7	2,2	3,1	2,1
NL	2,0	2,0	2,2	2,7	3,0	3,1	3,3	1,3
AT	0,6	0,7	0,7	0,9	1,1	1,3	1,3	0,7
PL	0,3	0,4	0,4	0,6	0,7	0,8	1,0	0,6
PT	0,3	0,3	0,4	0,5	0,5	0,6	0,5	0,3
RO	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2
SI	0,5	0,5	0,6	0,8	0,9	1,0	1,1	0,6
SK	0,4	0,5	0,5	0,7	0,9	1,0	1,1	0,7
FI	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,2
SE	1,7	1,7	1,9	2,0	2,2	2,3	2,5	0,8
NO	2,1	2,3	2,6	3,3	3,9	4,5	5,0	2,9
EA	0,8	0,8	0,9	1,0	1,2	1,3	1,3	0,5
EU	0,8	0,8	0,9	1,0	1,2	1,3	1,3	0,5

Zdroj: *Správa Európskej komisie o starnutí obyvateľstva z roku 2024 – Štatistické prílohy, všetky horizontálne tabuľky, Tabuľka II.1.115 (Long-term care spending as % of GDP on institutional care – Baseline)*

Graf 3: Verejné výdavky na poskytovanie dlhodobej starostlivosti v rezidenčnom zariadení, v % HDP, základný scenár



Zdroj: Graf spracovaný autorkou na základe Tabuľky II.1.115, [Správa Európskej komisie o starnutí obyvateľstva z roku 2024 – Štatistické prílohy, všetky horizontálne tabuľky](#)

Údaje OECD ([OECD Data Explorer • Health expenditure and financing](#)) nám pri porovnateľne nastavených ukazovateľoch (výdavky na dlhodobú starostlivosť v rezidenčných zariadeniach) umožňujú pozrieť sa bližšie aj na výdavky viazané na konkrétny druh poskytovanej dlhodobej starostlivosti, teda či ide o poskytovanie dlhodobej starostlivosti v rámci zdravotnej alebo sociálnej oblasti. Tieto dve oblasti poskytovania dlhodobej starostlivosti sú pritom úzko prepojené, rozdiel medzi nimi definuje OECD takto:

Systém zdravotných účtov 2011 definuje celkové výdavky na dlhodobú starostlivosť ako súčet dlhodobej starostlivosti (zdravotnej) a dlhodobej starostlivosti (sociálnej) (OECD/Eurostat/WHO, 2017).

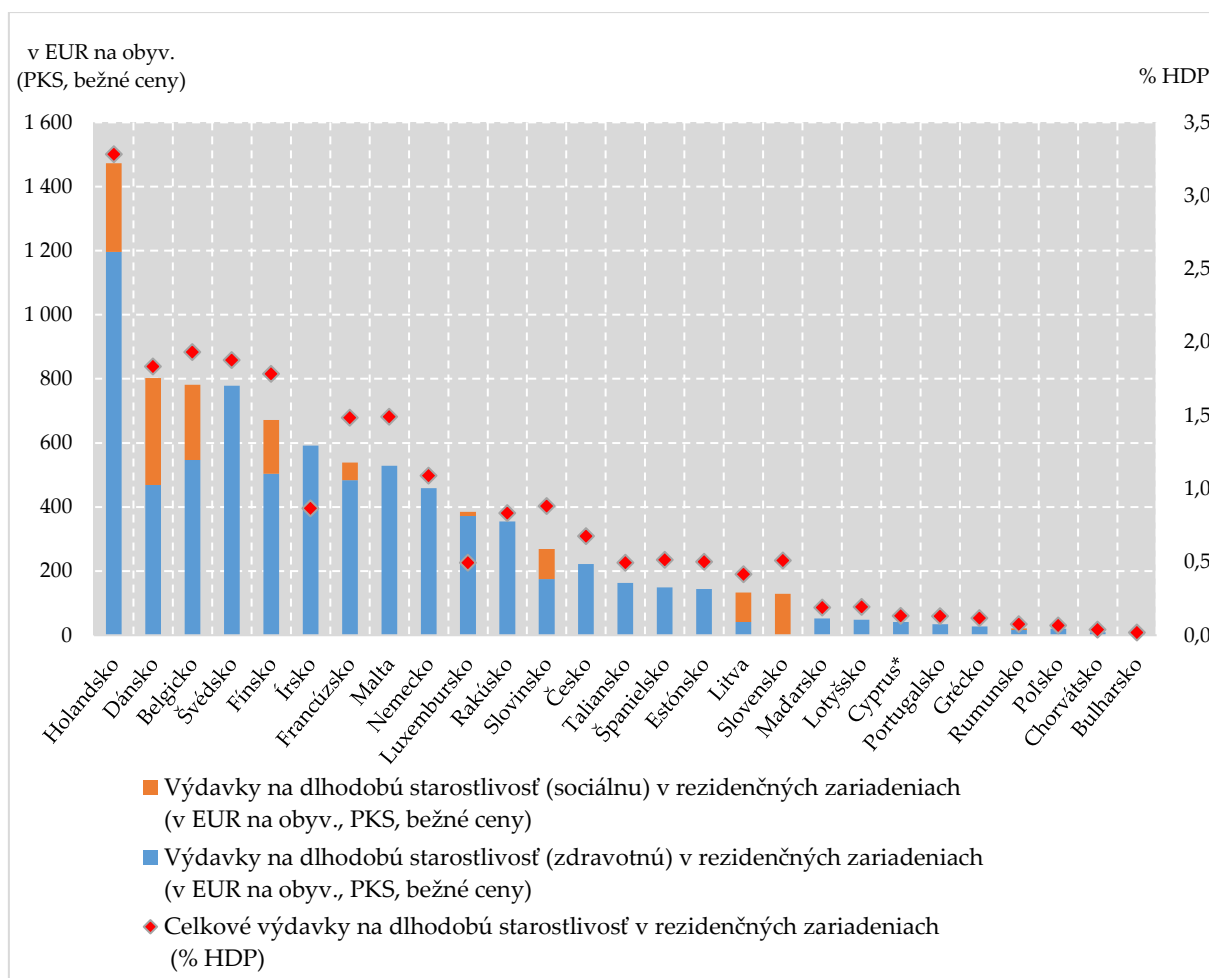
Dlhodobá starostlivosť (zdravotná) zahŕňa lekársku alebo ošetrovateľskú starostlivosť (napr. preväzovanie rán, podávanie liekov, zdravotné poradenstvo, paliatívnu starostlivosť a lekársku diagnostiku v súvislosti so stavom dlhodobej starostlivosti) a služby osobnej starostlivosti, ktoré poskytujú pomoc pri činnostiach denného života, ako je pomoc pri príjme potravy, kúpanie, umývanie, obliekanie, vstávanie z postele a zvládanie inkontinencie.

Dlhodobá starostlivosť (sociálna) pozostáva z asistenčných služieb, ktoré umožňujú osobe žiť samostatne. Týkajú sa pomoci pri inštrumentálnych činnostiach každodenného života, ako sú nakupovanie, varenie a vykonávanie domácich prác. Patria sem aj dotácie na pobytové služby v zariadeniach podporovaného bývania (ako aj výdavky na ubytovanie).⁶

⁶ OECD: Výdavky na dlhodobú starostlivosť, str. 2. Dostupné (v angličtine) na: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2020/11/spending-on-long-term-care_2b8a1a2a/e1f00970-en.pdf

Na základe údajov OECD (Graf 4) sa na výdavky spojené s financovaním dlhodobej starostlivosti v rezidenčných zariadeniach na Slovensku v roku 2022 vynaložilo v prepočte na obyvateľa (v parite kúpnej sily) 129 EUR, celková suma výdavkov sa pohybovala na úrovni 0,5 % HDP. Išlo pritom výlučne o výdavky, ktoré boli reportované v rámci poskytovania sociálnej dlhodobej starostlivosti.

Graf 4: Výdavky na dlhodobú starostlivosť v rezidenčných zariadeniach, EÚ, v roku 2022 (ľavá os: v EUR na obyvateľa, PKS, bežné ceny, pravá os: v % HDP)



*Cyprus – predbežné údaje za rok 2022

Pozn.: Údaje OECD o výdavkoch v jednotlivých štátoch EÚ na základe takto nastavených kritérií (dlhodobá starostlivosť sociálna/zdravotná; rezidenčné zariadenia) neposkytujú detail o zdrojoch financovania⁷.

Zdroj: Graf spracovaný autorkou na základe dát OECD: [OECD Data Explorer • Health expenditure and financing \(Residential long-term care facilities, Euros per person, PPP converted, Current prices\)](#), [OECD Data Explorer • Health expenditure and financing \(Total long-term care expenditure, Residential long-term care facilities, Percentage of GDP\)](#)

⁷ Pozn.: Pri takomto zobrazení nie je možné vyfiltrovať verejné zdroje financovania, konkrétne financovanie v rámci štátnych programov alebo povinných príspevkových systémov zdravotného poistenia (systémy sociálneho zdravotného poistenia/systémy povinného súkromného poistenia).

Spomedzi štátov EÚ bol v roku 2022 vynaložený najvyšší objem prostriedkov na dlhodobú starostlivosť v rezidenčných zariadeniach v prepočte na obyvateľa (v parite kúpnej sily) v Holandsku, a to 1472 EUR, pričom 81 % z tejto sumy smerovalo do zdravotnej dlhodobej starostlivosti a len zvyšných 19 % do sociálnej dlhodobej starostlivosti. Celkové výdavky na dlhodobú starostlivosť v rezidenčných zariadeniach sa v Holandsku podľa údajov OECD pohybovali na úrovni 3,3 % HDP.

Na opačnom „póle“ sa ocitlo Bulharsko, v ktorom suma celkových výdavkov na dlhodobú starostlivosť v rezidenčných zariadeniach dosiahla v roku 2022 úroveň 0,02 % HDP, čo v prepočte na obyvateľa v parite kúpnej sily činilo 4,3 EUR.

Na rozdiel od ostatných štátov EÚ sú výdavky na poskytovanie dlhodobej starostlivosti za Slovensko v kategórii poskytovania dlhodobej starostlivosti v rezidenčných zariadeniach reportované výlučne v rámci sociálnej oblasti. Potreba prepájania poskytovania sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti je pritom súčasťou *Stratégie dlhodobej starostlivosti v SR*⁸ z roku 2021 a „absencia funkčného prepojenia sociálnej a zdravotnej starostlivosti“ patrí podľa uvedeného dokumentu medzi hlavné výzvy a problémy v oblasti dlhodobej starostlivosti na Slovensku.

Takisto *Aktualizácia Strategického rámca starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030*⁹ uvádza medzi prioritami: „vytvoriť sieť zariadení sociálno – zdravotnej starostlivosti“ a „odstrániť sektorový prístup k sociálnej a zdravotnej starostlivosti vytvorením efektívneho prepojeného systému služieb kvalitnej zdravotnej a sociálnej starostlivosti zabezpečujúceho dostupnosť prevencie a potrebnej podpory vo všetkých regiónoch Slovenska pre všetkých obyvateľov“. Tieto priority sú zadané aj v *Pláne obnovy a odolnosti SR* v komponente 13: *Dostupná a kvalitná dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť*¹⁰.

Ak sa zameriame na **porovnanie výšky sociálnych výdavkov na dlhodobú starostlivosť v rámci systémov štátneho/povinného financovania** (Graf 5), kam spadajú financovania z verejných zdrojov a takisto z povinných príspevkových systémov zdravotného poistenia, ako sú systémy sociálno-zdravotného poistenia a takisto systémy povinného súkromného poistenia (napr. v Holandsku), na čele rebríčka štátov EÚ s najväčším objemom takýchto výdavkov v prepočte na obyvateľa sa v roku 2022 ocitlo Fínsko (645 EUR na obyv. v PKS) a na opačnom konci Rumunsko (2,6 EUR na obyv. v PKS).

V uvedenom zobrazení sú len tie štáty EÚ, ktoré reportujú výdavky na sociálnu dlhodobú starostlivosť spolu s uvedením zdroja financovania. V tomto porovnaní nie je možné diferencovať

⁸ Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR, Ministerstvo zdravotníctva SR: *Stratégia dlhodobej starostlivosti v SR*, 2021. Dostupné na: <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/strategia-dlhodobej-starostlivosti-sr.html>

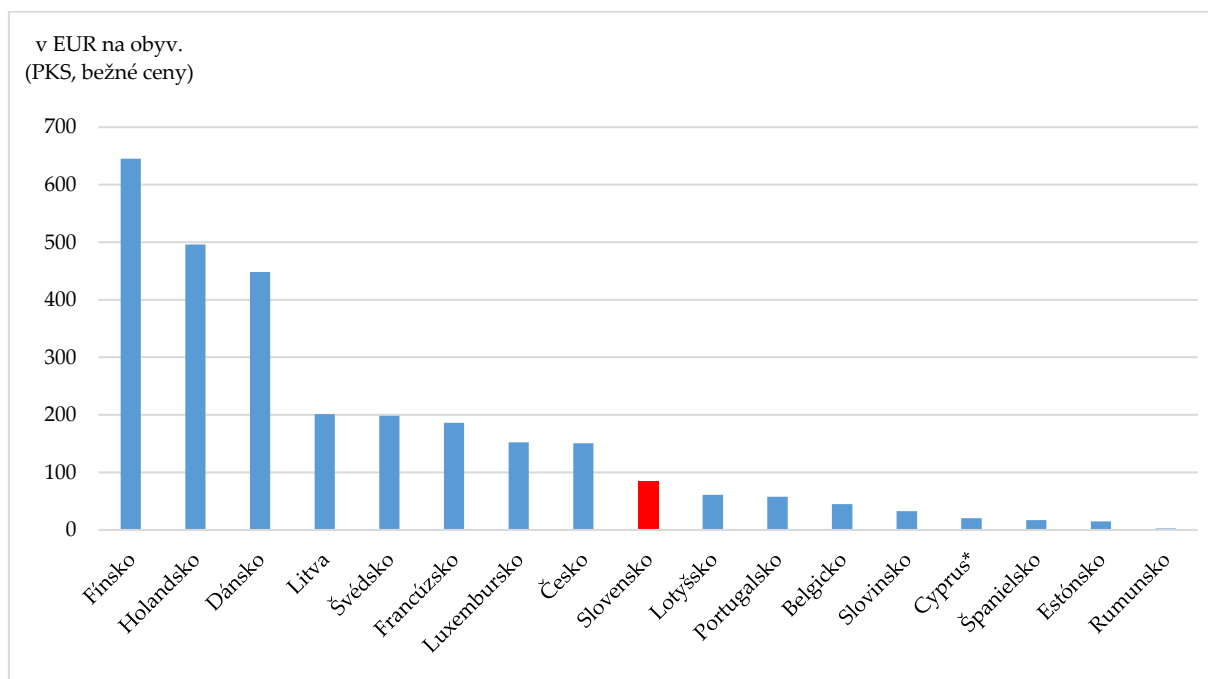
⁹ Ministerstvo zdravotníctva SR: *Aktualizácia Strategického rámca starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030*, jún 2022. Dostupné na: <https://www.health.gov.sk/?strategia-v-zdravotnictve>

¹⁰ Plán obnovy a odolnosti SR: Komponent 13: *Dostupná a kvalitná dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť – po aktualizácii (11205/23 ADD 1)*. Dostupné na: https://www.planobnovy.sk/site/assets/files/1066/2023-k13_-_dostupna_a_kvalitna_dlhodoba_socialno-zdravotna_starostlivost.pdf

zdroje, ktoré smerujú do rezidenčnej starostlivosti a tie, ktoré sú alokované do oblasti domácej starostlivosti.

Slovensko vynaložilo v roku 2022 z verejných zdrojov na sociálne výdavky v rámci dlhodobej starostlivosti v prepočte na obyvateľa v parite kúpnej sily 83,6 EUR. Na porovnanie v Česku boli tieto výdavky v prepočte na obyvateľa v parite kúpnej sily vyčíslené v roku 2022 na 150,6 EUR, čo je 1,8 násobok objemu daných výdavkov na Slovensku.

Graf 5: Sociálne výdavky na dlhodobú starostlivosť v rámci systémov štátneho/povinného financovania (v EUR na obyvateľa (PKS), bežné ceny, 2022)



*Cyprus – predbežné údaje za rok 2022

Zdroj: Graf spracovaný autorkou na základe dát OECD: [OECD Data Explorer • Health expenditure and financing \(Government/compulsory schemes, Long-term care \(social\), Euros per person, PPP converted, Current prices\)](#)

2. Charakteristiky financovania dlhodobej starostlivosti v EÚ

Na základe vypracovaných odpovedí zo strany partnerských inštitúcií v rámci Európskeho centra pre parlamentný výskum a dokumentáciu (ECPRD) na požiadavku, ktorá sa týkala zariadení sociálnych služieb,¹¹ môžeme identifikovať nasledovné charakteristiky financovania sociálnych služieb dlhodobej starostlivosti vo vybraných štátoch EÚ:

- **Viaczdrojovosť financovania**, konkrétne na úrovni:
 - EÚ (zdroje EÚ),
 - štátu,
 - regionálnej samosprávy (na Slovensku vo forme vyšších územných celkov) a miestnej samosprávy,
 - užívateľa služby (príp. jeho rodinných príslušníkov),
 - tretieho sektora (mimovládnych organizácií, cirkevných organizácií, nadácií a pod.).

Viaczdrojový model financovania dlhodobej starostlivosti môžeme demonštrovať na príklade Českej republiky, kde medzi zdroje financovania sociálnych služieb patria: dotácie z ministerstva práce a sociálnych vecí, priame platby od klientov, príspevky na starostlivosť (pre oprávnené osoby, tzv. „*příspěvky na péči*“¹²), príspevky od obcí a vyšších územných celkov, zdravotné poistenie a zdroje EÚ. Presný podiel financovania sa líši v závislosti od konkrétneho zariadenia.

V niektorých štátoch môžu byť regionálne zdroje financovania sociálnych služieb veľmi limitované až absentujúce z dôvodu centralizácie kompetencií v tejto oblasti. Napríklad v Chorvátsku, v kontexte zvýšeného náporu a série útokov na regionálne Centrá sociálnej starostlivosti, boli k 1.1.2023 prenesené dovedajšie kompetencie regionálnych Centier sociálnej starostlivosti na Inštitút sociálnej práce spadajúci priamo pod Ministerstvo práce, dôchodkového systému, rodiny a sociálnej politiky.¹³ Tomu zodpovedá aj nastavenie podmienok pri stanovovaní cien sociálnych služieb a spoluúčasť užívateľov na platbe, to sú čl. 120 až 125 zákona o sociálnych službách¹⁴. Ministerstvo jednak stanovuje výšku úhrady a v prípade, „*ak náklady na cenu služby použitej na základe rozhodnutia alebo odporúčania nemôžu úplne alebo čiastočne uhradiť oprávnené osoby alebo osoby*

¹¹ ECPRD požiadavka č. 5966 Zariadenia sociálnej starostlivosti pre seniorov a odkázané osoby. C. d.

¹² Tento príspevok môže byť využitý aj na zaistenie potrebnej pomoci poskytovateľom sociálnej služby, podľa § 21, ods. 2d) zákona č. 108/2006 Zb. o sociálnych službách. Dostupný (v češtine) na: <https://www.e-sbirka.cz/sb/2006/108?zalozka=text>

¹³ Viac na: Lipková, V.: *Domáca opatrovateľská služba vo vybraných štátoch EÚ*, kap. 2.7, 2024. Dostupné na: <https://www.nrsr.sk/web/Dynamic/DocumentPreview.aspx?DocID=544877>

¹⁴ Zákon o sociálnych službách, Chorvátsko. Dostupný (v chorvátskom jazyku) na: <https://www.zakon.hr/z/222/Zakon-o-socijalnoj-skrbi>

poverené na podporu oprávnenej osoby spôsobom ustanoveným týmto zákonom, úhrada čiastočnej alebo úplnej ceny služby sa účtuje z prostriedkov ministerstva“ (čl. 125, ods. 1 spomínaného zákona).

Osobitným príkladom je Fínsko, kde boli k 1. januáru 2023 kompetencie samospráv v zdravotno-sociálnej oblasti (s výnimkou mesta Helsinky) prenesené na novozriadené „Regióny služieb blahobytu“ (*Wellbeing Services Counties*), ktoré sú financované priamo ústrednou vládou, ale ktoré majú nezávislosť pri rozhodovaní o použití týchto prostriedkov.¹⁵

V Estónsku, kde je v oblasti poskytovania sociálnych služieb dlhodobej starostlivosti veľká miera decentralizácie, sa náklady na poskytovanie 24-hodinovej rezidenčnej starostlivosti delia výlučne medzi miestnu samosprávu a užívateľa služby (§ 22, ods. 1 zákona o sociálnej starostlivosti¹⁶). Výnimkou je dlhodobá starostlivosť o ľudí s duševnými poruchami, ktorá spadá do kompetencie štátu.

Samotný podiel na financovaní sociálnych služieb zo strany jednotlivých „aktérov“ sa môže líšiť nielen medzi jednotlivými štátmi EÚ, ale aj medzi jednotlivými administratívnymi/regionálnymi oblasťami daných štátov.

V Taliansku sa podľa *Správy Národného štatistického úradu za rok 2021*¹⁷ väčšina výdavkov na sociálne služby, ktoré sú využívané na miestnej úrovni, hradila z vlastných zdrojov obcí. Po odpočítaní spoluúčasti zo strany užívateľov služby a Štátnej zdravotnej služby (*Servizio Sanitario Nazionale*) pochádzalo v roku 2021 zo zdrojov obcí 51,5 % a od združení obcí 5,9 % výdavkov na tieto služby. Spomedzi ostatných zdrojov financovania pokrývali významnú časť finančné prostriedky z regiónov (resp. z provincií v prípade autonómnych provincií), ktoré boli viazané na sociálnu politiku, a to na úrovni 18,3 % výdavkov. Viac ako tri štvrtiny výdavkov na miestne sociálne služby boli teda v roku 2021 financované z regionálnych alebo subregionálnych zdrojov. Zvyšok bol pokrytý zo strany štátu, EÚ a len v malej miere súkromným sektorom (0,8 %).

Pomer jednotlivých zdrojov financovania sa v Taliansku vyvíja v čase (napr. podiel finančných prostriedkov vynaložených zo strany štátu alebo EÚ, viazaných na sociálnu politiku, vzrástol z 2,5 % v roku 2010 na 12 % v roku 2021) a takisto sa rôzni aj medzi jednotlivými talianskymi regiónmi. V severných a centrálnych regiónoch Talianska, kde sú sociálne výdavky vynakladané vo vyššom objeme, sa na ich financovaní podieľajú obce a združenia obcí vyšším podielom (62 % v centrálnych a v severozápadných regiónoch a 66 % na severovýchode) ako na juhu Talianska, kde je to výrazne menej (37 % v južných regiónoch, 29 % na ostrovoch).

V tomto kontexte je dôležité upresniť, že rezidenčné zariadenia sa v Taliansku podieľajú na sociálnych výdavkoch obcí v oblasti starostlivosti o seniorov 40,7 % a pri osobách so zdravotným znevýhodnením 18 %.

¹⁵ Ministerstvo sociálnych vecí a zdravotníctva (Holandsko): Regióny služieb blahobytu budú zodpovedné za organizáciu zdravotných, sociálnych a záchranných služieb. Dostupné (v angličtine) na: <https://stm.fi/en/wellbeing-services-counties>

¹⁶ Zákon o sociálnej starostlivosti (Estónsko). Dostupné (v angličtine) na: <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/506012025008/consolide#para22b1>

¹⁷ Správa Národného štatistického úradu (Taliansko): Výdavky obcí na sociálne služby za rok 2021. Dostupné (v taliančine) na: https://www.istat.it/it/files/2024/06/REPORT_SPESA-SOCIALE-COMUNI.pdf

- **Podmienenosť financovania služby (zo strany štátu/regionálnej/miestnej samosprávy)**

Spolufinancovanie služby zo strany štátu/regionálnej/miestnej samosprávy je podmienené preukázanou potrebou zo strany užívateľa služby (napr. zadaným stupňom odkázanosti, vekom, príp. inými vážnymi dôvodmi) a takisto aj výška spolufinancovania sa odvíja od stupňa preukázanej potreby (napr. pri vyššom stupni odkázanosti vzrastá úroveň spolufinancovania).

- **Účelové viazanie poskytnutých verejných prostriedkov**

Vo všeobecnosti je financovanie sociálnych služieb zo strany verejných zdrojov viazané na daný účel. Môžeme to ilustrovať na príklade Francúzska, kde sa finančné zdroje EHPAD¹⁸ (medicínske zariadenia pre odkázaných starších ľudí, vo forme verejných, neverejných poskytovateľov, aj neverejných poskytovateľov za účelom zisku) skladajú z 3 účelovo viazaných rozpočtov:

- „rozpočet na starostlivosť“, ktorý je plne financovaný Regionálnou zdravotnou agentúrou (*Agence régionale de santé – ARS*) z prostriedkov zdravotného poistenia a pokrýva mzdy zdravotníckych pracovníkov a nákup vybavenia,
- „rozpočet na odkázanosť“, ktorý je financovaný prevažne okresom (*Département*) a čiastočne samotnými užívateľmi služby prostredníctvom príspevku na podporu samostatnosti (*Allocation personnalisée pour l'autonomie – APA*) a ktorý pokrýva služby pomoci a dohľadu pre seniorov so stratou samostatnosti (opatrovatelia, psychológovia, ergoterapeuti atď.),
- „rozpočet na ubytovanie“, ktorý zahŕňa náklady na ubytovanie, stravovanie a voľnočasové aktivity a je hradený užívateľmi služby. V závislosti od ich finančnej situácie im môže byť zo strany okresu poskytnutá sociálna pomoc na ubytovanie (*Aide sociale à l'hébergement*). Cena za ubytovanie je pre miesta oprávnené na sociálnu pomoc stanovená okresom, zatiaľ čo v súkromných zariadeniach ju určujú ich prevádzkovatelia, pričom jej ročný nárast podlieha regulácii.

Opačným príkladom je Fínsko, kde štát neviaže poskytované prostriedky v oblasti sociálno-zdravotnej starostlivosti na špecifický účel. Regióny služieb blahobytu a mesto Helsinki, ktoré dostávajú finančné prostriedky zo štátu, majú v rámci svojich zákonných povinností voľnosť pri rozhodovaní, na aký účel dané prostriedky využijú.

- **Podmienenosť finančnej spoluúčasti zo strany užívateľa služby:**

- výškou jeho príjmu/majetku, príp. jeho/jej rodinných príslušníkov,
- zadaným zdravotným kritériom, na základe ktorého môže byť daná osoba vyňatá z finančnej spoluúčasti,

¹⁸ Pozn.: Každé zariadenie EHPAD môže fungovať len na základe oficiálneho oprávnenia zo strany štátu (zastúpeného Regionálnou zdravotnou agentúrou) a príslušného okresu, ktoré je vydané na obdobie 15 rokov a podlieha pravidelnému externému auditu. Uzavretá viacročná zmluva medzi EHPAD, ARS a okresom stanovuje kvalitatívne ciele poskytovania starostlivosti pre obyvateľov a takisto príslušné zdroje financovania. Pozri viac o EHPAD v analýze: *Rezidenčné zariadenia dlhodobej starostlivosti* (Kubišová, K.), kap. 3.3 Francúzsko.

- konkrétnym rámcom poskytovaných služieb (napr. v Holandsku treba platiť osobitne za služby a výrobky, ktoré nie sú z medicínskeho hľadiska nevyhnutné¹⁹).

Sociálna a zdravotná situácia užívateľa zohráva rolu, nakoľko ak nie je na základe svojho príjmu/majetku preukázateľne schopný spoluúčasti na financovaní služby, príp. je schopný spoluúčasti len do určitej výšky alebo je na základe svojho zdravotného stavu vyňatý zo spoluúčasti na financovaní služby, prechádza tento náklad na ďalších aktérov (zväčša na úroveň lokálnej samosprávy, v prípade Chorvátska priamo na štát).

V Estónsku má napríklad miestna samospráva povinnosť v prípade umiestnenia seniora do zariadenia, ak je jeho príjem nižší ako priemerný starobný dôchodok a zároveň je nižší ako stanovená spoluúčasť, doplatiť tento rozdiel²⁰, a to samozrejme nad rámec podielu miestnej samosprávy na financovaní tejto starostlivosti.

- **Priama záťaž financovania** dopadá primárne na samotných zriaďovateľov a/alebo legislatívne zodpovedné orgány za zabezpečenie týchto služieb a samotného užívateľa služby

Vo všeobecnosti priama záťaž financovania pri poskytovaní sociálnych služieb smeruje primárne na lokálnu úroveň, a to hlavne z dôvodu poskytovania dlhodobej starostlivosti ako vecnej dávky na lokálnej úrovni, t. j. dopadá najprv na samotných zriaďovateľov a/alebo legislatívne zodpovedné orgány za zabezpečenie týchto služieb, čo sú zväčša miestne a/alebo regionálne samosprávy. Štát sa zväčša pri financovaní týchto služieb ocitá až v druhom slede, keď poskytuje samosprávam (a niekedy priamo aj neverejným poskytovateľom sociálnych služieb) zdroje na aspoň čiastočné prefinancovanie týchto nákladov.

Napríklad Portugalsko nemá verejnú sieť rezidenčných zariadení pre seniorov, tieto služby zabezpečujú tzv. IPSS²¹ - Súkromné inštitúcie sociálnej solidarity (napr. Santa Casa Misericórdia Castelo Branco a iné), ktoré majú od štátu osobitné úľavy na daniach a odvodoch a môžu so štátom takisto podpísať dohodu o spolupráci pod podmienkou, že sú zaregistrované v Sociálnej poisťovni. Daňoví poplatníci môžu na základe svojho výberu poukázať jednej IPSS ročne 0,5 % z dane z príjmu.

Samotný užívateľ služby znáša takisto priamu finančnú záťaž pri hradení čiastočných nákladov za poskytovanú službu, ktorých maximálna horná hranica býva stanovená nariadením obce a/alebo je spôsob jej výpočtu vymedzený príslušnou legislatívou.

¹⁹ Vláda (Holandsko): Ako sa financuje pobyt v opatrovateľskom alebo ošetrovateľskom domove? Dostupné (v angličtine) na: <https://www.government.nl/topics/nursing-homes-and-residential-care/question-and-answer/how-is-a-place-in-a-care-or-nursing-home-financed>

²⁰ Podľa § 22, ods. 5 Zákona o sociálnej starostlivosti, pričom za priemerný starobný dôchodok sa pokladá priemerná výška starobného dôchodku v 2. štvrtroku predchádzajúceho roka.

²¹ Webstránka Ministerstva práce, solidarity a sociálneho zabezpečenia: IPSS. Dostupné (v portugalčine): <https://www.seg-social.pt/ipss>

V Španielsku si hradia užívatelia služby v rezidenčných zariadeniach spoluúčasť vo výške približne 75 % z príjmu a zvyšok dopláca Inštitút pre seniorov a sociálne služby (Imserso²²), ktorý spadá pod Ministerstvo pre sociálne práva, spotrebiteľské záležitosti a Agendu 2030.

V štátoch, ktoré financujú poskytovanie dlhodobej starostlivosti aj peňažnými príspevkami pre samotných užívateľov služby, ako je napríklad Česká republika prostredníctvom už spomínaných „príspevkov na péči“ (ďalej už príspevkov na starostlivosť), môže užívateľ služby využiť aj tento zdroj na pokrytie spoluúčasti, príp. na zníženie sumy za poskytovanú rezidenčnú službu. Konkrétne v Českej republike je zákonom stanovené, že úhrada za starostlivosť v pobytových zariadeniach ako je domov pre seniorov, by mala byť stanovená vo výške prideleného príspevku na starostlivosť. Pri týždenných pobytových službách by to malo byť maximálne do výšky 75 % zo sumy prideleného príspevku na starostlivosť (§ 73, ods. 4 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálnych službách). Zmyslom príspevku na starostlivosť je teda pokrývať poplatok za starostlivosť, nad rámec tejto sumy je užívateľovi účtovaný poplatok za stravu a ubytovanie v danom zariadení.

Vo viacerých štátoch je možnosť v prípade nízko-príjmových osôb žiadať o finančný príspevok na dofinancovanie poplatku za rezidenčnú starostlivosť. V Luxembursku sa v rezidenčnom type zariadenia pre seniorov finančná spoluúčasť pre užívateľa limituje a priori na oblasť ubytovania a nemedicínskych služieb ako je napr. strava a pranie bielizne, pričom v prípade nízko-príjmových osôb je možné požiadať o finančnú pomoc Národný fond solidarity alebo príslušné lokálne sociálne úrady aj na pokrytie týchto nákladov. V Španielsku je možné žiadať o finančný príspevok na rezidenčnú starostlivosť na základe vyhlášky SSI/420/2015²³.

Špecifický prípad financovania predstavuje Holandsko, kde sa o. i. v prípade 24-hodinovej potreby dlhodobej starostlivosti môže žiadateľ o službu rozhodnúť, či využije služby miestnej samosprávy pri zabezpečení sociálnej služby alebo požiada o „**osobný rozpočet**“²⁴. V prípade, ak žiadateľ o pomoc požiada o „osobný rozpočet“, miestna samospráva poukáže príslušnú sumu finančných prostriedkov na účet Sociálnej poisťovni (*Sociale Verzekeringsbank*), ktorá následne prefinancuje celkovo alebo čiastočne (do výšky osobného rozpočtu) poskytovanie služby u poskytovateľa, ktorého si žiadateľ o pomoc vyberie. V takomto prípade môže ísť aj o súkromných poskytovateľov, administratívna záťaž (výber poskytovateľa, jeho zazmluvnenie) je pri voľbe osobného rozpočtu plne „na pleciah“ žiadateľa o pomoc²⁵. Užívatelia sú v tomto prípade takisto povinní doplácať za sumu služby, ktorá je nad rámec vyhradeného osobného rozpočtu. Nad rámec toho, pri poskytnutí určitých služieb poukazujú aj sumu osobného príspevku (*eigen bijdrage*), ktorá sa odvíja od výšky príjmu a je v max. výške 21 EUR, na účet Ústredného správneho úradu (*Centraal Administratie Kantoor*). Tieto prostriedky sú ďalej posunuté miestnej samospráve. Štát sa

²² Webstránka Imserso. Dostupná (v španielčine): <https://imserso.es/el-imserso/quienes-somos>

²³ Vyhláška SSI/420/2015 z 9. marca, ktorou sa stanovujú základné pravidlá pre poskytovanie dotácií pre seniorov, osoby so zdravotným postihnutím a osoby v stave odkázanosti v rámci pôsobnosti Inštitútu pre seniorov a sociálne služby. Dostupná (v španielčine) na: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-2706

²⁴ Vláda (Holandsko): Ako požiadať o osobný rozpočet? Dostupné (v angličtine) na: <https://www.government.nl/topics/care-and-support-at-home/applying-for-a-personal-budget>

²⁵ Webstránka mesta Haag: Osobný rozpočet. Dostupné (v angličtine) na: <https://www.denhaag.nl/en/care-and-support/personal-budget-pgb/>

zapája do financovania služby prostredníctvom platieb do „Obecného fondu“²⁶, z ktorého čerpajú zdroje miestne samosprávy.

Obdobou holandského „osobného rozpočtu“ je fínsky „**poukaz na službu**“, ktorý môže žiadateľovi o pomoc na základe svojho rozhodnutia vydať príslušný región služieb blahobytu alebo mesto Helsinki. Takýto „poukaz na službu“ predstavuje záväzok daného regiónu služieb blahobytu/mesta Helsinki, že uhradí službu u súkromného poskytovateľa služby na základe výberu žiadateľa²⁷. Žiadateľ má možnosť takýto poukaz odmietnuť a žiadať zabezpečenie služby priamo od regiónu služieb blahobytu/mesta Helsinki.

- **Rôznorodosť princípov pri stanovení výšky financovania**

Sociálny sektor má zložitý systém financovania, v ktorom je ťažké určiť jednotný princíp. Financovanie môže byť založené na rôznych princípoch v závislosti od danej služby, ale dokonca aj v rámci tej istej služby. Len v samotnom Maďarsku môžu byť v praxi uplatnené nasledovné princípy:

- podľa počtu obyvateľov v danej obci,
- pevná suma financovania služby na základe normatívu alebo výberového konania,
- financovanie na základe počtu miest (v zariadení),
- na základe počtu „pokrytých“ osôb,
- na základe úloh definovaných v metodických pokynoch,
- financovanie na základe počtu zamestnancov, príp. odborného personálu,
- kombinované financovanie: na základe počtu odborných zamestnancov a poskytnutých služieb,
- hybridné riešenia.

²⁶ Takto funguje zdravotníctvo: Kto čo platí podľa Zákona o participácii? Dostupné (v angličtine) na: <https://app.zwdz.nl/sociaal-domein/wie-betaalt-participatiewet>

²⁷ Webstránka mesta Helsinki: Poukaz na službu. Dostupné (v angličtine) na: <https://www.hel.fi/en/health-and-social-services/data-and-the-rights-of-the-client/service-voucher>

3. Financovanie rezidenčných sociálnych služieb na Slovensku

„Financovanie sociálnych služieb podmienených odkázanosťou je viaczdrojové a pozostáva najmä z verejných prostriedkov – z rozpočtov miestnej a regionálnej samosprávy (financovanie nimi zriadených poskytovateľov sociálnych služieb a poskytovanie finančných príspevkov neverejným poskytovateľom, u ktorých sociálnu službu zabezpečujú), zo štátneho rozpočtu z rozpočtovej kapitoly MPSVR SR, ktoré poskytuje „obecným“ a neverejným poskytovateľom vybraných druhov sociálnych služieb finančný príspevok a z úhrad za poskytované sociálne služby. Prijímatelia za sociálne služby platia poskytovateľovi sociálnej služby úhradu, pričom platí zásada ochrany zostatku z príjmu po zaplatení úhrady za sociálnu službu, za podmienok určených priamo zákonom o sociálnych službách podľa druhov sociálnych služieb a ich foriem vo väzbe na sumy životného minima.“ (Stratégia dlhodobej starostlivosti v SR)²⁸

Na Slovensku sú obce/VÚC²⁹ povinné zabezpečiť dostupnosť sociálnych služieb pre fyzickú osobu, ktorá je na nich odkázaná.

V rámci svojej pôsobnosti poskytne obec/VÚC fyzickej osobe, ktorá požiada o sociálnu službu, sociálnu službu alebo zabezpečí jej poskytovanie prostredníctvom poskytovateľa sociálnej služby zapísaného v registri sociálnych služieb.

Štátna finančná podpora na poskytovanie sociálnych služieb („*Finančný príspevok na poskytovanie sociálnych služieb v zariadeniach podmienených odkázanosťou*“) je dostupná pre verejných aj neverejných poskytovateľov sociálnych služieb, ak neposkytujú sociálnu službu s cieľom dosiahnuť zisk.

Výška príspevku závisí od počtu prijímateľov starostlivosti a úrovne ich odkázanosti, tzv. stupňa odkázanosti. Konkrétne podmienky poskytovania finančného príspevku sú stanovené v § 78a zákona 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 predpisov³⁰.

Jeho výšku ustanovuje na príslušný rok vláda SR nariadením, v roku 2025 sa bude pohybovať na tejto úrovni (Tabuľka 2).

Nad rámec tohto príspevku sú obce/VÚC povinné poskytnúť neverejnému poskytovateľovi sociálnej služby, ktorý neposkytuje sociálnu službu s cieľom dosiahnuť zisk a s ktorým majú uzatvorenú písomnú zmluvu, „*Finančný príspevok na prevádzku poskytovanej sociálnej služby*“ (ďalej „*FPP*“).

²⁸ Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR, Ministerstvo zdravotníctva SR: *Stratégia dlhodobej starostlivosti v SR*, 2021, str. 12. Dostupné na: <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/strategia-dlhodobej-starostlivosti-sr.html>

²⁹ Pozn.: V prípade sociálnej služby poskytovanej v zariadení pre seniorov a v zariadení opatrovateľskej služby ide o povinnosť obce. Pokiaľ ide o sociálnu službu poskytovanú v domove sociálnych služieb, spadá to do povinnosti miestne príslušnej VÚC. Pozri § 75, ods. 1a) a ods. 3a) zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách.

³⁰ *Zákon č. 448/2008 Z. z.* Dostupný na: <https://www.slov-lex.sk/ezbierky/pravne-predpisy/SK/ZZ/2008/448/>

Tabuľka 2: Výška finančného príspevku na poskytovanie sociálnych služieb v zariadeniach podmienených odkázanosťou, pre rok 2025

Stupeň odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby	Výška finančného príspevku pri poskytovaní pobytovej formy sociálnej služby v zariadení sociálnych služieb na miesto v zariadení sociálnych služieb
II. stupeň	188 EUR
III. stupeň	375 EUR
IV. stupeň	488 EUR
V. stupeň	675 EUR
VI. stupeň	825 EUR

Zdroj: [MPSVR SR](#)

Paragraf 77, ods. 1 príslušného zákona o sociálnych službách ďalej stanovuje spôsob výpočtu FPP takto:

„Finančný príspevok na prevádzku poskytovanej sociálnej služby sa určí podľa druhu sociálnej služby, a ak ide o sociálnu službu poskytovanú v zariadení, aj podľa formy sociálnej služby a kapacity zariadenia, v prepočte na počet prijímateľov sociálnej služby, na počet hodín sociálneho poradenstva, na počet hodín opatrovateľskej služby, na počet hodín sociálnej rehabilitácie, na počet hodín služby včasnej intervencie, na počet kilometrov prepravnej služby, na počet hodín sprievodcovskej služby a predčítateľskej služby, na počet hodín tlmočenia alebo na inú jednotku výkonu.“

Ďalej sa, zjednodušene povedané, výška FPP určuje na príslušný rozpočtový rok vo výške rozdielu medzi priemernými bežnými výdavkami na poskytovanie sociálnych služieb v pôsobnosti obce/VÚC a priemernými príjmami z finančného príspevku poskytovaného štátom a z úhrad prijímateľov sociálnych služieb, v rámci pôsobnosti obce/VÚC za predchádzajúci rozpočtový rok v prepočte na jednotku výkonu. Podrobný spôsob výpočtu je uvedený v § 77 príslušného zákona o sociálnych službách.

Samotný prijímateľ sociálnej služby je povinný platiť úhradu za sociálnu službu vo výške stanovenej poskytovateľom sociálnej služby v zmluve.

Zjednodušene by priemerná suma úhrady za sociálnu službu na prijímateľa na mesiac (príp. inú jednotku výkonu) mala byť najviac vo výške rozdielu medzi priemernými ekonomicky oprávnenými nákladmi poskytovateľa sociálnej služby za predchádzajúci rozpočtový rok po ich prepočítaní na jednotku výkonu a priemerným príjmom poskytovateľa sociálnej služby za predchádzajúci rozpočtový rok z finančného príspevku od štátu a, ak je to relevantné, aj z príspevku od miestnej samosprávy. Podrobný spôsob výpočtu je uvedený v § 72 príslušného zákona o sociálnych službách.

Verejný poskytovateľ sociálnej služby je povinný určovať sumu úhrady za sociálnu službu v súlade so všeobecne záväzným nariadením obce/VÚC a neverejný poskytovateľ sociálnej služby v súlade so zverejneným aktuálnym cenníkom.

Prijímateľ sociálnej služby je povinný platiť úhradu za poskytovanú sociálnu službu ku dňu jej splatnosti podľa svojho príjmu a majetku (§ 72 ods. 8 príslušného zákona o sociálnych službách). Paragraf 72a, ods. 8 toho istého zákona zároveň vymedzuje, ktoré príjmy sa na účely platenia úhrady za sociálnu službu spoločne posudzujú a započítavajú.

Podľa § 72, ods. 10 príslušného zákona o sociálnych službách sa za majetok na účely platenia úhrady za poskytovanú sociálnu službu považujú nehnuteľné veci a hnutelne veci, vrátane peňažných úspor, a ak to ich povaha pripúšťa, aj práva a iné majetkové hodnoty, ktorých súčet hodnoty je vyšší ako suma 10 000 eur. Zároveň odseky 11 až 17 toho istého paragrafu stanovujú výnimky a ďalšie podrobnosti pri posudzovaní výšky majetku aj s ohľadom na poskytovanie sociálnej služby v konkrétnom rezidenčnom zariadení³¹.

V súlade s § 73, ods. 2, 3 príslušného zákona o sociálnych službách musí prijímateľovi sociálnej služby po zaplatení úhrady za celoročnú pobytovú sociálnu službu zostať mesačne z jeho príjmu najmenej 25 % sumy životného minima pre jednu plnoletú fyzickú osobu ustanovenej osobitným predpisom, v prípade, ak ide o službu v zariadení bez poskytovania stravovania, je táto hranica stanovená vo výške najmenej 75 % sumy životného minima pre jednu plnoletú fyzickú osobu ustanovenej osobitným predpisom. V prípade týždennej pobytovej sociálnej služby musí prijímateľovi sociálnej služby po zaplatení úhrady zostať mesačne z jeho príjmu najmenej 60 % sumy životného minima pre jednu plnoletú fyzickú osobu ustanovenej osobitným predpisom, v prípade, ak ide o službu v zariadení bez poskytovania stravovania, je táto hranica stanovená vo výške najmenej 85 % sumy životného minima pre jednu plnoletú fyzickú osobu ustanovenej osobitným predpisom.

Nezaplatenú časť úhrady je možné požadovať od blízkych osôb (manžela/ky, plnoletých zaopatrených detí alebo rodičov), buď dobrovoľne dohodou alebo na základe rozhodnutia o povinnosti platiť úhradu a v prípade, že ani tieto fyzické osoby nie sú schopné nezaplatenú časť úhrady platiť (napr. z dôvodu nízkeho príjmu), stáva sa nezaplatená časť úhrady pohľadávkou poskytovateľa, ktorú si môže vymáhať najneskôr v dedičskom konaní.

³¹ Pozn.: Napríklad na základe § 72 ods. 12a) príslušného zákona o sociálnych službách sa na účely platenia úhrady za poskytovanú sociálnu službu neprihliada na nehnuteľnosť, ktorú prijímateľ sociálnej služby užíva na trvalé bývanie, čo však neplatí pri celoročnej pobytovej sociálnej službe v zariadení pre seniorov (§ 72 ods. 13).



Záver

Financovanie sociálnych služieb v rezidenčných zariadeniach je v členských štátoch EÚ úzko prepojené s financovaním zdravotnej starostlivosti ako takej. Aj na Slovensku je v rámcových dokumentoch ako *Stratégia dlhodobej starostlivosti v SR, Aktualizácia Strategického rámca starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030* či vo forme zadaných priorit v rámci komponentu 13 (*Dostupná a kvalitná dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť*) *Plánu obnovy a odolnosti SR* pomerne konkrétne pomenovaná potreba prepájania sociálnej a zdravotnej starostlivosti a odstránenia sektorového prístupu.

Na základe reportovaných údajov OECD (pozri kap. 1, Graf 4) môžeme konštatovať, že tento prístup v oblasti dlhodobej starostlivosti v rezidenčných zariadeniach v Slovenskej republike zatiaľ úplne absentuje, keďže všetky výdavky spojené s touto oblasťou sú na Slovensku viazané na sociálnu starostlivosť. Tento aspekt je o to markantnejší, že všetky ostatné členské štáty EÚ reportujú v rámci dlhodobej starostlivosti v rezidenčných zariadeniach časť výdavkov viazanú na zdravotnú starostlivosť.

V rámci financovania sociálnych služieb dlhodobej starostlivosti sme v rámci vybraných štátov EÚ identifikovali nasledujúce charakteristiky (pozri viac kap. 2):

- viaczdrojovosť financovania,
- podmienenosť financovania služby (zo strany štátu/regionálnej/miestnej samosprávy),
- účelové viazanie poskytnutých verejných prostriedkov,
- podmienenosť finančnej spoluúčasti zo strany užívateľa služby,
- priama záťaž financovania dopadajúca primárne na samotných zriaďovateľov a/alebo legislatívne zodpovedné orgány za zabezpečenie týchto služieb a samotného užívateľa služby,
- rôznorodosť princípov pri stanovení výšky financovania.

Slovensko v tomto ohľade nevykazuje výraznú mieru odlišnosti voči ostatným vybraným štátom EÚ, ktoré sú predmetom štúdie. Zároveň však v porovnaní s niektorými inými štátmi (Fínsko, Holandsko) ani neprináša prvky flexibility do systému tohto financovania.

Zdroje

1. Požiadavka ECPRD č. 5966 *Zariadenia sociálnej starostlivosti pre seniorov a odkázané osoby* (uzavretá databáza). December 2024. Dostupné po prihlásení: <https://ecprd.secure.europarl.europa.eu/ecprd/private/request-details/977995>
2. Európska komisia: Správa o starnutí obyvateľstva z roku 2024, Ekonomické a rozpočtové prognózy pre členské štáty EÚ (2022-2070). Dostupná (v angličtine) na: https://economy-finance.ec.europa.eu/document/download/971dd209-41c2-425d-94f8-e3c3c3459af9_en?filename=ip279_en.pdf%20
3. Správa Európskej komisie o starnutí obyvateľstva z roku 2024 – Štatistické prílohy, všetky horizontálne tabuľky. Dostupná (v angličtine) na: https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2024-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2022-2070_en
4. OECD: Výdavky na dlhodobú starostlivosť. Dostupné (v angličtine) na: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2020/11/spending-on-long-term-care_2b8a1a2a/e1f00970-en.pdf
5. OECD Data Explorer. Dostupné (v angličtine) na: <https://data-explorer.oecd.org/>
6. K NR SR, PAIN, Kubišová, K: Rezidenčné zariadenia dlhodobej starostlivosti o seniorov a odkázané osoby, január 2025.
7. K NR SR, PAIN, Lipková, V.: Domáca opatrovateľská služba vo vybraných štátoch EÚ. Dostupné na: <https://www.nrsr.sk/web/Dynamic/DocumentPreview.aspx?DocID=544877>

Slovensko

8. *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, v znení neskorších predpisov.* Dostupný na: <https://www.slov-lex.sk/ezbierky/pravne-predpisy/SK/ZZ/2008/448/>
9. MPSVR SR, MZ SR: Stratégia dlhodobej starostlivosti v SR, 2021. Dostupné na: <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/strategia-dlhodobej-starostlivosti-sr.html>
10. MPSVR SR: Poskytovanie finančných príspevkov podľa zákona o sociálnych službách. Dostupné na: <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/poskytovanie-financnych-prispevkov/>
11. MZ SR: Aktualizácia Strategického rámca starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030, jún 2022. Dostupné na: <https://www.health.gov.sk/?strategia-v-zdravotnictve>
12. Plán obnovy a odolnosti SR: Komponent 13: Dostupná a kvalitná dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť – po aktualizácii (11205/23 ADD 1). Dostupné na: https://www.planobnovy.sk/site/assets/files/1066/2023-k13_-_dostupna_a_kvalitna_dlhodoba_socialno-zdravotna_starostlivost.pdf

Česko

13. Zákon č. 108/2006 Zb. o sociálnych službách. Dostupný (v češtine) na: <https://www.e-sbirka.cz/sb/2006/108?zalozka=text>

Estónsko

14. Zákon o sociálnej starostlivosti (Estónsko). Dostupné (v angličtine) na: <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/506012025008/consolide#para22b1>

Fínsko

15. Takto funguje zdravotníctvo: Kto čo platí podľa Zákona o participácii? Dostupné (v angličtine) na: <https://app.zwdz.nl/sociaal-domein/wie-betaalt-participatiewet>
16. Webstránka mesta Helsinky: Poukaz na službu. Dostupné (v angličtine) na: <https://www.hel.fi/en/health-and-social-services/data-and-the-rights-of-the-client/service-voucher>

Holandsko

17. Ministerstvo sociálnych vecí a zdravotníctva (Holandsko): Regióny služieb blahobytu budú zodpovedné za organizáciu zdravotných, sociálnych a záchranných služieb. Dostupné (v angličtine) na: <https://stm.fi/en/wellbeing-services-counties>
18. Vláda (Holandsko): Ako sa financuje pobyt v opatrovateľskom alebo ošetrovateľskom domove? Dostupné (v angličtine) na: <https://www.government.nl/topics/nursing-homes-and-residential-care/question-and-answer/how-is-a-place-in-a-care-or-nursing-home-financed>
19. Vláda (Holandsko): Ako požiadať o osobný rozpočet? Dostupné (v angličtine) na: <https://www.government.nl/topics/care-and-support-at-home/applying-for-a-personal-budget>
20. Webstránka mesta Haag: Osobný rozpočet. Dostupné (v angličtine) na: <https://www.denhaag.nl/en/care-and-support/personal-budget-pgb/>

Chorvátsko

21. Zákon o sociálnych službách, Chorvátsko. Dostupný (v chorvátskom jazyku) na: <https://www.zakon.hr/z/222/Zakon-o-socijalnoj-skrbi>

Portugalsko

22. Webstránka Ministerstva práce, solidarity a sociálneho zabezpečenia: IPSS. Dostupné (v portugálčine): <https://www.seg-social.pt/ipss>

Španielsko

23. Vyhláška SSI/420/2015 z 9. marca, ktorou sa stanovujú základné pravidlá pre poskytovanie dotácií pre seniorov, osoby so zdravotným postihnutím a osoby v stave odkázanosti v rámci pôsobnosti Inštitútu pre seniorov a sociálne služby. Dostupná (v španielčine) na: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-2706
24. Webstránka Imsero. Dostupná (v španielčine): <https://imsero.es/el-imsero/quienes-somos>

Taliansko

25. Správa Národného štatistického úradu (Taliansko): Výdavky obcí na sociálne služby za rok 2021. Dostupné (v taliančine) na: https://www.istat.it/it/files/2024/06/REPORT_SPESA-SOCIALE-COMUNI.pdf

Všetky zdroje sú aktuálne k dňu zverejnenia materiálu



Všetky iniciatívne materiály PI nájdete na:
[https://www.nrsr.sk/web/?sid=nrsr/kancelaria/pi/oa/
materialy/pm](https://www.nrsr.sk/web/?sid=nrsr/kancelaria/pi/oa/materialy/pm)

Parlamentný inštitút
Kancelária Národnej rady Slovenskej republiky
pi@nrsr.sk
www.nrsr.sk

