STUDIE

POJIŠTĚNÍ DLOUHODOBÉ PÉČE V ČR

Mgr. Václav Krása
Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA
Ing. Vladimír Bezděk
prof. PhDr. Martin Potůček, CSc., MSc.

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR

Mgr. Václav Krása
předseda Národní rady osob se zdravotním postižením ČR

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA
prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky

Ing. Vladimír Bezděk
předseda Komise České asociace pojišťoven pro produkty dlouhodobé péče

prof. PhDr. Martin Potůček, CSc., MSc.
vysokoškolský pedagog, analytik veřejné a sociální politiky, prognostik a publicista

Pojištění dlouhodobé péče

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR

Vydala Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR
Vančurova 2904, 390 01 Tábor
Odpovědný redaktor: Ing. Petra Cibulková; Mgr. Ivana Vlnová
Vydání 1., září 2020

ISBN: 978-80-88361-07-7

Obsah

1. Charakter a cíl dokumentu 5

2. Pojištění dlouhodobé péče jako varianta jejího financování 7

3. Veřejné povinné pojištění dlouhodobé péče 9

4. Možné modely a předpoklady zavedení povinného veřejného pojištění dlouhodobé péče 13

4.1 Reforma sociálně-zdravotního pomezí jako základní předpoklad zavedení veřejného pojištění dlouhodobé péče 13

4.2 Rozšíření stávajícího systému veřejného zdravotního pojištění 14

4.3 Rozšíření stávajícího systému veřejného sociálního pojištění 15

4.4 Vytvoření nového Fondu veřejného pojištění dlouhodobé péče 16

4.5 Veřejné dobrovolné pojištění dlouhodobé péče 16

4.6 Soukromé dobrovolné pojištění dlouhodobé péče 17

5. Závěry a doporučení 19

1. Charakter a cíl dokumentu

Tento materiál má charakter diskuzní opory neboli „discussion paper" k problematice pojištění dlouhodobé péče. Jeho cílem je otevřít a zahájit odbornou diskuzi na toto téma a zodpovědět základní otázky týkající se problematiky pojištění dlouhodobé péče.

To, že je nutné provést systémové změny v oblasti financování a poskytování dlouhodobé péče, připouští většina evropských zemí. Současné systémy, disponibilní zdroje (finanční, lidské) a zvyšující se potřeba dlouhodobé péče v souvislosti s demografickými prognózami umožňují pouze několik možných scénářů budoucího vývoje, jako je zvýšení finanční participace ze soukromých zdrojů, snížení kvality péče, snížení dostupnosti péče, de-skilling pracovníků v sociálních službách, zavedení nových systémů financování, změny principů solidarity či kombinace naznačených změn.

Z výsledků nedávného reprezentativního výzkumu obyvatel České republiky starších 18 let, který se týkal přípravy na stáří, vyplývá, že z osmi životních situací a problémů, kterým mohou senioři čelit, se respondenti nejvíce obávají nedostatku míst v zařízeních pečujících o seniory. Následují obavy z nízké kvality zdravotních služeb, z nedostatku pečovatelských služeb pro seniory a z lhostejnosti zdravotnického personálu. Obavy lidí rostou s jejich věkem. Nedostatek pečovatelských služeb pro seniory pociťuje ve věku do 59 let aktuálně málokdo, ale ve věku 60 až 69 let jsou to 3 % a ve věku 70 let a více tyto obavy zažívá 6 % respondentů. Nedostatek míst v zařízeních pro seniory vnímá do hranice 59 let jen málokdo; ve věkové kategorii 60 až 69 let je to ale už 5,3 % a ve věku 70 let a více dokonce 8,4 % dotázaných.

I když se tento výzkum nezaměřoval přímo na postoje lidí k dlouhodobé péči, vyplývá z něj, že dostupnost a kvalita sociálních a zdravotních služeb pro stárnoucí populaci jsou předmětem obav a nespokojenosti občanů naší země. Velkým problémem do budoucna bude, že míra této pozornosti a obav se v zásadě dostavuje až v těsně předdůchodovém a posléze roste až v důchodovém věku.[1]

[1] *Reprezentativní výzkum obyvatel České republiky starších 18 let k přípravě na stáří, realizovaný Centrem pro sociální a ekonomické strategie FSV UK ve dnech 13. 9. až 9. 10. 2018 v rámci řešení výzkumného projektu Technologické agentury ČR ÉTA TL 01000491 „Zabezpečování na stáří v interakci státní správy a občanů".*

Pojištění dlouhodobé péče, ať již veřejné, nebo soukromé, je možným směrem, kterým se při řešení těchto otázek vydat.

Tento dokument se primárně zabývá možnostmi veřejného a obligatorního pojištění. To, zda je právě pojištění dlouhodobé péče pro Českou republiku tou správnou cestou, je zásadní otázkou, která by měla být diskutována v rámci odborné veřejnosti pro případná budoucí politická rozhodnutí. Alternativou pojištění by bylo financování dlouhodobé péče přímo z veřejných rozpočtů.

2. Pojištění dlouhodobé péče jako varianta jejího financování

Na začátku úvah o možném zavedení pojištění dlouhodobé péče je nutné definovat dlouhodobou péči.

OECD definice

Dlouhodobá péče zahrnuje škálu služeb, kterou potřebují osoby se sníženou funkční kapacitou (fyzickou, psychickou nebo smyslovou), v jejímž důsledku jsou po delší dobu závislé na pomoci při základních aktivitách každodenního života (ADL[2] – koupání, používání toalety, oblékání, krmení, vstávání ze židle nebo postele, pohyb po místnosti apod.). Tato osobní komponenta péče je často poskytována společně se základními zdravotními službami (například ošetřování ran, řešení bolesti, podávání léků, monitorování, prevence, rehabilitace nebo paliativní péče). Poskytování pomoci při ADL a základních zdravotních službách může být kombinováno s pomocí při instrumentálních aktivitách denního života (například pomoc při péči o domácnost, přípravě jídla, nakupování, transportu).

WHO definice

Dlouhodobá péče je systém činností, které umožňují lidem, kteří nejsou plně schopni si sami zajistit péči o vlastní osobu, udržet maximální možnou kvalitu života podle jejich individuálních preferencí s co nejvyšším možným stupněm nezávislosti – autonomie, účasti na životě ve společnosti, osobního uspokojení a lidské důstojnosti. Dlouhodobá péče je poskytována neformálně (prostřednictvím rodiny, přátel nebo sousedů) a/nebo formálně (prostřednictvím zdravotních a sociálních služeb). Formální podpůrný systém v sobě zahrnuje široké spektrum komunitních služeb (veřejné zdravotnictví, primární péči, domácí péči, rehabilitaci a paliativní péči) i institucionální péči poskytovanou v ošetřovatelských domovech a v hospicích. V České republice je dlouhodobá péče poskytována jak v segmentu zdravotním, tak v segmentu sociálním. Ve zdravotnictví jde zejména o lůžka dlouhodobé péče v lůžkových zdravotnických zařízeních, o sociální lůžka v lůžkových zdravotnických zařízeních a o domácí péči. V sociálním segmentu jde zejména o pobytové, ambulantní a terénní služby, které poskytují služby sociální péče seniorům a osobám se zdravotním postižením.

Oba dva systémy jsou financovány rozdílným způsobem, včetně podmínek pro jejich poskytování.

[2] *V angličtině „Activities of Daily Life“.*

Jakýkoliv systém financování služeb dlouhodobé péče by měl splňovat několik základních předpokladů:

- Měl by být dostupný pro uživatele těchto služeb, a to místně a finančně. Co se týče finanční dostupnosti, bude v budoucnu nutné změnit systém úhrad, zavést po vzoru většiny evropských zemí finanční participační povinnost ze svého finančního (příp. nemovitého) majetku, včetně povinné finanční participace rodin (tam, kde je to nutné vzhledem k příjmu klienta a stanovené úhradě, a tam, kde je to možné vzhledem k příjmové situaci dané rodiny). Přirozeným důsledkem těchto změn je pak umožnění více úrovní kvality poskytovaných služeb, a tím i lepší reakce na „poptávku" po službách dlouhodobé péče ze strany jejich příjemců.
- Klient služeb dlouhodobé péče má mít možnost svobodně se rozhodnout pro danou konkrétní službu a toto rozhodnutí má být respektováno (pokud není v rozporu s legislativními podmínkami využívání dané služby).
- K tomu, aby si klient mohl službu dlouhodobé péče vybrat, je nutné poskytnout mu širokou nabídku všech typů sociálních služeb, tj. zejména tzv. sociálních služeb komunitního typu (terénní, ambulantní či respitní sociální služby), včetně pobytových a semi-pobytových sociálních služeb. Při výběru vhodné sociální služby (či jejich kombinaci) se vždy musí brát v potaz přání a potřeby příjemce služby, jeho finanční situace, časové, finanční, fyzické a psychické možnosti a hranice neformálních pečujících. Absence vhodné komunitní služby nemá být důvodem k tomu, aby byly poskytovány služby pobytové.

3. Veřejné povinné pojištění dlouhodobé péče

Prof. Jaroslav Vostatek ve své práci „Sociální modely financování sociální péče" uvádí, že existují následující modely – liberální, sociálně-demokratický, konzervativní a neoliberální modely financování dlouhodobé péče. Každý model financování dlouhodobé péče musí vzít na zřetel používaný model poskytování zdravotní péče. Anglie se dodnes pokouší kombinovat sociálně-demokratický zdravotnický systém a liberální systém dlouhodobé péče, což vyvolává řadu nesrovnalostí kvůli testování aktiv a nízkým univerzálním dávkám. USA se zase snaží o kombinaci neoliberálního zdravotnického systému s nekomplexním systémem dlouhodobé péče. Švédsko má systém univerzální zdravotní péče a služeb dlouhodobé péče. Německo spoléhá na konzervativní sociálně-zdravotní a pečovatelské pojištění s neoliberálními doplňky. Český univerzální příspěvek na dlouhodobou péči a dotování ústavů dlouhodobé péče ze státního rozpočtu vyžadují zásadní, paradigmatickou reformu, máme-li dospět k racionálnímu modelu financování dlouhodobé péče.

Objem veřejných výdajů na dlouhodobou péči v relaci k HDP je v Česku ve srovnání s jinými zeměmi OECD přijatelný. Veřejné výdaje na dlouhodobou péči lze odhadnout na 50 mld. Kč ročně. To znamená něco málo přes 1 % HDP. I při větších nepřesnostech v mezinárodních statistikách, resp. přehledech financování dlouhodobé péče v zemích OECD lze říci, že české výdaje na tuto péči jsou řádově na průměrné úrovni vyspělých zemí, zejména zemí s konzervativním modelem.

Jako nejlepší model aplikovatelný pro Českou republiku lze považovat model rakouský, případně německý.

a) Rakouský model

Vzorem pro český příspěvek na péči by mohlo být rakouské tzv. pečovné (Pflegegeld), zavedené od roku 1993. Jedná se o univerzální státní dávku pro nesoběstačné rezidenty. Jejím účelem je paušální úhrada vícenákladů spojených s dlouhodobou péčí, příspěvek na úhradu nákladů osob potřebujících tuto péči.

Při pobytu v nemocnici nárok na příspěvek na péči není. Při ústavní péči na náklady země (kraje), obce nebo při poskytování sociální pomoci lze na úhradu nákladů zaopatření převést až 80 % příspěvku na péči. Klientovi přitom náleží měsíční kapesné ve výši 10 % příspěvku. Agendu příspěvku převzal od roku 2012 Penzijní pojišťovací

ústav, který je nositelem sociálního důchodového pojištění. V roce 2007 byl v Rakousku navíc zaveden speciální testovaný příspěvek na 24hodinovou péči (Förderung der 24-Stunden-Betreuung) v rámci snahy o legalizaci této péče. Příspěvek má pokrýt asi 80 % těchto nákladů s tím, že jeho výše je diferencována podle druhu smluvního vztahu s pečovateli.

Modelově se předpokládají dva pečovatelé, kteří se střídají po dvou týdnech nepřetržité péče v domácnosti. Jde-li o dva pečovatele – zaměstnance, tak příspěvek od roku 2009 činí 1100 € měsíčně (je-li jen jeden, tak polovic). Jde-li o dva pečovatele – OSVČ, tak se příspěvek poskytuje ve výši 550 € měsíčně (je-li jen jeden, tak polovic). Rozdílné částky mezi závislou a nezávislou činností se vysvětlují různými náklady sociálního pojištění poskytovatelů. Na příspěvek mají ošetřované osoby nárok, pokud jejich měsíční čistý příjem (vedle sociálních dávek) nepřekročí 2500 €.

Rakouský systém má poněkud blíže ke „středomořsko-katolickému" modelu s vysokým stupněm rodinné odpovědnosti než k „nordicko-protestantskému" modelu s vysokou úrovní individuální odpovědnosti a s výraznější rolí vlády v poskytování služeb (Riedel, 2010). Dlouhodobá péče v Rakousku je též financována ze systému sociální pomoci. Nejvýznamnější je v tomto ohledu financování ústavní péče; zde jsou využívány věcné dávky. Sociální pomoc jako metoda financování je využívána u 80 % klientů těchto ústavů. Koncepčně vzato hradí tuto péči ústav; na úhradu péče přispívá klient především svým důchodem a příspěvkem na péči, případně i svými aktivy; v jisté míře přispívají i případní manželé klientů („regres"). Rozdíly mezi cenou ústavní péče jsou velké – od 1000 € až po částky přes 6000 € měsíčně. Velký celorakouský průměr zdrojů financování ústavní péče v roce 2006 byl: 48 % hrazeno ze sociální pomoci, 44 % z penzí a z příspěvku na péči, 7 % z aktiv klientů a z regresů vůči příbuzným. Klientům přitom zůstává kapesné ve výši 20 % penze a asi 10 % příspěvku na péči. Ambulantní služby v domácnosti jsou dotovány také podstatným způsobem; klienti hradí „nejméně 27 %" ceny. (Riedel, 2010)

Výše příspěvku na péči v jednotlivých stupních:

- stupeň 1 (více než 65 hodin) 160,10 €
- stupeň 2 (více než 95 hodin) 295,20 €
- stupeň 3 (více než 120 hodin) 459,90 €
- stupeň 4 (více než 160 hodin) 689,80 €
- stupeň 5 (více než 180 hodin) 936,90 €
- stupeň 6 1308,30 €
- stupeň 7 1719,30 €

b) Německý model

V Německu je pojištění na pokrytí potřeb vzniklých z důvodu vysokého věku, zdravotního postižení, nepříznivé sociální situace nebo kombinace všech faktorů povinné. Činí asi 3 % příjmu, bezdětní mohou mít zvýšenou sazbu o 0,25 %. U zaměstnanců hradí část této sazby zaměstnavatel. Pojistné je v případě, že je potřebná péče, vypláceno formou příspěvku na péči. Pojištění v Německu bylo po mnoha letech příprav zavedeno v roce 1995 a tvoří tzv. pátý pilíř vedle zákonného zdravotního, úrazového, důchodového pojištění a pojištění v nezaměstnanosti.

Každá osoba krytá zákonným či soukromým nemocenským pojištěním je automaticky a povinně kryta zákonným či soukromým pojištěním pro případ závislosti na dlouhodobé péči. Pro vznik nároku na dávky v rámci zákonného pojištění pro případ závislosti na dlouhodobé péči je vyžadována minimální doba pojištění v délce dvou let. Podle požadavků zákonného pojištění, pro případ

závislosti na dlouhodobé péči v důsledku fyzické, smyslové či duševní nemoci, se předpokládá, že osoba bude pravděpodobně potřebovat dlouhodobou pomoc při provádění každodenních činností po dobu nejméně šesti měsíců. Příslušná potřeba péče zahrnuje oblasti osobní hygieny, stravování, mobility, jakož i všeobecnou péči a pomoc v domácnosti. Spíše než na věku či příjmu závisí dávky dlouhodobé péče na rozsahu potřeby péče, který stanoví lékařská služba zdravotní pojišťovny.

Osoby, které potřebují péči v menším rozsahu (méně než 90 minut denně), nebo osoby s částečným pojistným krytím („Teilkaskoversicherung"), jimž omezené dávky nepostačují k pokrytí skutečných nákladů, mohou ve zvláštních případech získat nárok na dávky v rámci systému sociální pomoci.

Kromě toho zákonný systém pojištění pro případ závislosti na dlouhodobé péči zajišťuje pro pečující rodinné příslušníky a jiné neformální pečovatele platbu příspěvků na důchodové zabezpečení, úrazové pojištění, platbu příspěvků v rámci pojištění pro případ nezaměstnanosti během období, po něž je poskytována péče, jakož i jiné podpůrné dávky, např. bezplatnou odbornou přípravu.

Kromě zákonného nároku na poradenství týkající se péče, který mají všechny osoby, zahrnují věcné dávky zejména:

- poskytování domácí péče a pomoci v domácnosti prostřednictvím ambulantních center nebo jednotlivých pečovatelů;
- paušální platbu nákladů na ústavní péči (včetně krátkodobé péče [Kurzzeitpflege]).

Výše příspěvku na péči se odvíjí od stupně závislosti a je stanovena zákonem. Do roku 2016 byly 3 stupně závislosti s podstupněm pro osoby s Alzheimerovou chorobou. Od roku 2017 do současnosti je příspěvek rozdělen podle 5 stupňů závislosti, a to u ambulantních i pobytových sociálních služeb (viz tabulka).

Kromě toho existují doplňkové dávky k doplnění domácí péče, jako je odlehčovací péče („Verhinderungspflege"), krátkodobá péče („Kurzzeitpflege"), jakož i denní a noční péče („Tages- und Nachtpflege"). Dávky na domácí péči lze rovněž doplnit pomůckami a zařízeními usnadňujícími poskytování péče nebo domácí činnosti nebo opatřeními pro zlepšení životních podmínek. Dodatečné dávky na péči jsou k dispozici osobám s rozsáhlými všeobecnými potřebami péče (např. osobám s demencí, mentálně postiženým osobám a osobám s duševním onemocněním). Dávky mají neomezené trvání, dokud jsou plněny podmínky nároku.

Stupeň závislosti	do roku 2016	Stupeň závislosti	2017/2018/2019/2020
		1	0 € / 125 € **
0 s A*	231 €	2	689 €
1	468 €	2	689 €
1 s A	689 €	3	1 298 €
2	1 144 €	3	1 298 €
2 s A	1 298 €	4	1 612 €
3	1 612 €	4	1 612 €
3 s A	1 612 €	5	1 995 €

* s Alzheimerovou chorobou

** pro ambulantní / pobytovou sociální službu

4. Možné modely a předpoklady zavedení povinného veřejného pojištění dlouhodobé péče

Jako hlavní důvody pro zavedení veřejného pojištění dlouhodobé péče v ČR lze uvést:

- dlouhodobá udržitelnost;
- finanční stabilita;
- větší předvídatelnost financování;
- růst sítě poskytovatelů a poskytovaných služeb v závislosti na poptávce, resp. potřebách klientů;
- stejné podmínky pro všechny poskytovatele (veřejné, soukromé).

Jako slabé stránky či možná rizika k další diskuzi lze označit:

- finanční náročnost při zavedení veřejného pojištění dlouhodobé péče;
- riziko nekontrolovatelného růstu výdajů v závislosti na růstu poptávky;
- vyvolávání umělé poptávky zvýšenou nabídkou služeb;
- zavedení takového pojistného systému, který by tlumil rozvoj služeb dlouhodobé péče a snižoval by tak jejich dostupnost.

Základním předpokladem je sjednocení podmínek poskytování dlouhodobé pobytové/lůžkové péče v obou segmentech.

Elementárně lze uvažovat o několika možných systémech pojištění dlouhodobé péče. Návrhy řešení lze rozdělit do čtyř možných skupin:

a) veřejné a povinné pojištění;
b) veřejné a dobrovolné pojištění;
c) soukromé a dobrovolné pojištění.

Dále lze uvažovat o vytvoření zcela nových systémů či fondů nebo využití, resp. rozšíření stávajících.

4.1 Reforma sociálně-zdravotního pomezí jako základní předpoklad zavedení veřejného pojištění dlouhodobé péče

Dlouhodobá péče je v České republice zakotvena pouze ve zdravotnických předpisech, tj. pouze ve zdravotnických zařízeních. Víme, a vyplývá to také z výše uvedených definic, kdo je klientem/uživatelem služeb dlouhodobé péče, a z tohoto pohledu tedy víme, že rezidenční dlouhodobá péče je poskytována jak v lůžkových zdravotnických zařízeních, tak v pobytových či respitních

zařízeních sociálních služeb. Ačkoliv jde o stejné cílové skupiny se stejnými nebo obdobnými potřebami, jsou podmínky, kvalita, dostupnost či financování těchto služeb rozdílné. Jasná redefinice celého systému služeb dlouhodobé péče je pak základním předpokladem možného zavedení veřejného (obligatorního) pojištění dlouhodobé péče (v případě soukromého dobrovolného pojištění tomu tak být nemusí).

Dosud byly zvažovány jen dva možné přístupy řešení sociálně-zdravotního pomezí, resp. dlouhodobé péče a oba byly v minulosti předmětem diskuzí, příprav či záměru jednoho, či obou rezortů (MPSV ČR a MZ ČR).

Prvním přístupem je sjednocení podmínek poskytování, standardů kvality, parametrů financování apod., tj. sjednocení lůžek dlouhodobé péče v lůžkových zdravotnických zařízeních (lůžka dlouhodobé péče, LDN, sociální lůžka dle § 52 apod.) a pobytových sociálních služeb (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, odlehčovací služby pobytového typu).

Druhým možným přístupem je pak jasná diferenciace zdravotní a sociální složky. Konkrétním návrhem tohoto přístupu je pak rozdělení, kdy u lůžek dlouhodobé péče v nemocnicích je akcentovaná a centralizovaná lékařská péče, ošetřovatelská péče a rehabilitační péče a pobyt je zde omezen na např. max. měsíce, tj. na období, kdy bude klient schopen přejít buď do svého domácího prostředí, nebo do pobytového sociálního zařízení. Tato pak budou zaměřena již spíše na sociální složku, tedy sociální péči s komplementární ambulantní ošetřovatelskou péčí. Tento přístup by pak nevylučoval možnou transformaci části lůžkových kapacit pobytových sociálních služeb na „zdravotnická lůžka dlouhodobé péče“.

Mezi oběma těmito přístupy existuje několik možných subvariant řešení. Tato řešení, která může přinést rozsáhlejší reforma celého systému (tj. mimo jiné jasná definice toho, co dlouhodobá péče je a co není), jsou pak nezbytným předpokladem k dalšímu kroku, příp. zavedení veřejného pojištění dlouhodobé péče jako dlouhodobého, transparentního a stabilního nástroje pro jeho udržitelné financování.

Kromě těchto již delší dobu diskutovaných přístupů lze jako třetí možnou alternativu řešení sociálně-zdravotního pomezí veřejně poskytované dlouhodobé péče zvažovat sjednocení financování zdravotního segmentu této péče z jediného fondu (viz následující kapitola).

4.2 Rozšíření stávajícího systému veřejného zdravotního pojištění

Dalším modelem je rozšíření stávajícího sytému veřejného zdravotního pojištění o další pojištění na dlouhodobou péči. Je to v zásadě německý model, kdy pojištění na dlouhodobou péči spravují zdravotní pojišťovny, které jsou veřejnoprávními korporacemi. Pojištění na péči činí v Německu v současné době asi 3 % ze mzdy, ale zdaleka jej neplatí všechny ekonomicky aktivní osoby. Pro bohatší klientelu existují soukromé zdravotní pojišťovny a ty samozřejmě mají také produkty pro pojištění dlouhodobé péče. Výhodou nejen německého modelu, ale všech systémů je, že existuje úrazové pojištění, které je doplňkovým finančním zdrojem při úhradě nákladů dlouhodobé péče vzniklé úrazy a nemocemi z povolání. ČR má nedostatečné úrazové pojištění, které kryje pouze bolestné a renty za ztrátu výdělku a zbytek je příjmem státního rozpočtu.

Silné stránky:

- zdravotní pojišťovny mají důvěru lidí, a tak by občané neměli strach, že svěřují další svoje „daně“ těmto korporacím;
- zdravotní pojišťovny mají vybudovanou infrastrukturu ke správě finančních prostředků;
- zdravotní pojišťovny mají kontrolní systémy a umí posuzovat nároky na úhradu;
- trvalé propojení dvou systémů – dlouhodobá péče obsahuje jak zdravotní péči, tak obslužnou péči k zajištění základních životních potřeb;
- pojištění by umožnilo platbu příspěvku nikoliv podle současných stupňů závislosti, ale podle času potřebného na péči, případně platbou za úkony (možností je také zavedení paušálních úhrad).

Slabé stránky:

- zdravotní pojišťovny jsou svým způsobem dominantní a svěření dalších finančních prostředků jen tuto dominanci posílí;
- zdravotní pojišťovny budou mít tendenci rozhodovat o hrazení péče především z hlediska zdravotního, a nikoliv „obslužného“;
- je zde riziko podrobného vykazování, a tím většího administrativního zatížení.

Dvě základní varianty:

- V případě, že by došlo k rozšíření stávajícího systému veřejného zdravotního pojištění, lze uvažovat o dvou modelech. Prvním je zavedení nové pojistné sazby (ze zdravotního pojištění zaměstnanců, či zdravotního pojištění zaměstnavatelů, nebo kombinací obojího). Dodatečné, resp. nové „daňové“ zatížení zaměstnavatelů je velmi obtížně představitelné, snížení čistého výdělku zaměstnanců je pak politicky velmi těžko prosaditelné.
- Druhou variantou je vyčlenění určitého % ze současného systému veřejného zdravotního pojištění. Předpokladem pro toto řešení pak měla být úhrada sociální péče prostřednictvím příspěvku na péči i v lůžkových zdravotnických zařízeních, tím by došlo ke snížení výdajů na tento sub segment z Fondu veřejného zdravotního pojištění, zrušení státních dotací pro poskytovatele pobytových sociálních služeb a ke zvýšení platby státu za státní pojištěnce pro posílení Fondu veřejného zdravotního pojištění.

Kromě těchto variant lze jako třetí možnost, jak řešit zdravotní segment financování veřejně poskytované dlouhodobé péče, navrhnout sjednocení financování této péče z jediného fondu. Do něj by podle stanoveného klíče povinně přispívaly všechny zdravotní pojišťovny. Tento klíč by vycházel z počtu a demografického složení jejich pojištěnců. Z tohoto fondu by byly hrazeny ty náklady na zdravotní péči jak ve zdravotních, tak i v sociálních zařízeních, které by byly definovány jako zdravotní náklady dlouhodobé péče o jejich klienty.

4.3 Rozšíření stávajícího systému veřejného sociálního pojištění

Rozšíření stávajícího systému sociálního pojištění nelze považovat za přílišnou změnu. Finanční prostředky by spravovala ČSSZ a lze konstatovat, že celý systém by byl ponechán plně v odpovědnosti státu, tedy by byl částečně zachován současný stav.

Silné stránky:

- bylo by využito stávajícího systému, organizace a jejich podsystémů;
- posuzování nároků na příspěvky a výplaty příspěvků by byly pouze modifikací současného stavu.

Slabé stránky:

- bude zachován současný problém se zapojením zdravotního pojištění do systému financování dlouhodobé péče;
- ačkoliv by byl systém financován ze „sociálního“ systému financování, zdravotní/ošetřovatelská složka by musela být i nadále regulována „zdravotním systémem“;
- celý systém správy sociálního pojištění je zastaralý a potřebuje zásadní modernizaci. Je otázkou, zda by nová agenda nevedla ke zhoršení funkčnosti systému. Byla by to příležitost k modernizaci.

Dvě základní varianty:

I zde platí dvě základní varianty, první zvýšení současného sociálního pojištění, se stejnými argumenty jako v případě první varianty. Druhá pak vyčlenění určitého % ze současného systému sociálního pojištění s nutností vytvoření úhradového systému směrem k poskytovatelům sociálních služeb. Tato druhá varianta by však vyžadovala navýšení příjmů sociálního pojištění (o úspory výdajů zdravotních pojišťoven, úspory státního rozpočtu na dotace poskytovatelům pobytových sociálních služeb).

4.4 Vytvoření nového Fondu veřejného pojištění dlouhodobé péče

Je třeba zmínit také vytvoření samostatného státního a fondového pojištění dlouhodobé péče. Tuto variantu lze považovat za nejméně a obtížně realizovatelnou. Státní fond dlouhodobé péče by musel být ustaven zvláštním zákonem. Musela by vzniknout nová instituce. Pravděpodobně by se jednalo o instituci zřizovanou MPSV ČR, nebo MZ ČR.

Silné stránky:

- částečná větší samostatnost;
- schopnost flexibilnějšího řešení jednotlivých problémů či poskytování účelových finančních podpor k rozvoji některých segmentů péče.

Slabé stránky:

- problém se zřízením nové instituce a jejím prosazením;
- jak získat vstupní kapitál – stát;
- vybudování infrastruktury;
- nutnost významných legislativních změn atd.

4.5 Veřejné dobrovolné pojištění dlouhodobé péče

Další možností postupného potřebného generování finančních prostředků pro zajištění dlouhodobé péče, a to především, byť nikoliv výlučně, o stárnoucí populaci, je ustavení nového systému dobrovolného spoření na dlouhodobou péči spravovaného státem.

Vhodným způsobem, jak ho zavést, je jeho koncipování jakožto součásti obecněji koncipovaného systému veřejného dobrovolného pojištění na stáří, známého pod názvem národní (nebo také státní) penzijní fond (Komise pro spravedlivé důchody). Ten by nabídl veřejnoprávní paralelu dobrovolnému soukromému pojištění dlouhodobé péče a umožňoval by výběr uspořených prostředků buď doživotní výplatou přilepšení k řádné starobní penzi, nebo, v případě potřeby, i ke krytí nákladů na dlouhodobou péči.

Účastníci by měli zaručeno, že vložené prostředky budou úročeny minimálně identicky s mírou inflace. Podobným směrem se orientují i nejnovější návrhy Ministerstva financí k podobě nově

vydávaných státních dluhopisů, kde se u dlouhodobějších úložek zvažuje i jejich prémiové zúročení 0,5 % nad aktuální míru inflace v běžném roce. V případě realizace tohoto systému by to znamenalo rozšíření možností voleb pro občany, kteří mají rozvinutou averzi k riziku.

Stát by mohl prostředky opět průběžně investovat především do dlouhodobých rozvojových infrastrukturních projektů, a to v situaci, kdy se stupňuje tlak na veřejné finance z důvodu skokového zvýšení zadlužení státu daného bojem s následky pandemie covid-19. Správcem fondu by byla buď samostatná státní agentura, nebo modernizovaná Česká správa sociálního zabezpečení, v obou případech v úzké součinnosti s Ministerstvem financí a s ČNB.

Netřeba zdůrazňovat, že s podobně koncipovanými veřejně spravovanými dobrovolnými systémy pojištění na stáří se setkáváme v některých vyspělých zemích (např. ve Švédsku, v Norsku, v USA); už před více než deseti lety zformulovala podobný návrh tehdejší Národní ekonomická rada vlády.

Silné stránky:

- částečná větší samostatnost;
- vyšší zdroje pro dlouhodobé veřejné investice;
- rozšíření nabídky zajištění dlouhodobé péče pro občany;
- schopnost flexibilnějšího řešení jednotlivých problémů či poskytování účelových finančních podpor k rozvoji některých segmentů péče.

Slabé stránky:

- náročnější koncepční, legislativní a organizační příprava a politické prosazení nové instituce;
- vybudování potřebné infrastruktury a postupná akumulace zkušeností s jejím uváděním do provozu.

4.6 Soukromé dobrovolné pojištění dlouhodobé péče

Základním pilířem v oblasti dlouhodobé péče v Česku i zahraničí je veřejný sektor a veřejně organizovaná nabídka služeb a péče. Tyto služby jsou také dominantně financovány z různých zdrojů v rámci veřejných rozpočtů.

Realita ukazuje, že stávající nabídka kapacit dlouhodobé péče je již nyní nedostatečná. Vývoj do budoucna bude stále složitější, jak bude populace stárnout, a velmi rychle poroste počet osob majících nárok na příspěvek na péči. Očekává se, že počet příjemců příspěvku na péči se v následujících 40 letech ztrojnásobí a dosáhne 1,1 milionu.

Proto je legitimní otevřít také diskuzi o možném zapojení soukromého sektoru do rozšíření kapacit a nabídky služeb v oblasti dlouhodobé péče. Cílem je snížit neuspokojenou poptávku po těchto službách a zlepšit kvalitu života v rodinách poskytujících neformální péči osobě blízké. Soukromý sektor by tvořil doplněk k základnímu pilíři dlouhodobé péče organizované a financované sektorem veřejným; nejedná se v žádném případě o otevřenou, či skrytou „privatizaci" veřejného systému dlouhodobé péče.

Analýza České asociace pojišťoven (ČAP) ukázala, že lze připravit pojistný produkt, jenž pro nejvyšší stupně nesoběstačnosti (stupně 3 a 4 dle škály příspěvku na péči) příjemci zajistí zajímavou finanční rentu po dobu několika let, při celkovém měsíčním pojistném ve výši 1–3 % průměrné mzdy. Důležitou složkou produktu je, vedle samotné finanční podpory, informační asistence. Povědomí veřejnosti o tom, na co, kde a za jakých podmínek mají lidé v dnešním systému dlouhodobé péče nárok, je velmi nízké, mimo jiné i z toho důvodu, že systém je velmi fragmentovaný. Pojištění může obsahovat

i tzv. case management, tedy službu, kdy pojišťovna klienta celým systémem provede a sama řídí řešení jeho případu. Hlavní variantou pojistného produktu je skupinové pojištění realizované v úzké součinnosti se zaměstnavateli. Participaci zaměstnavatelů na produktu je vhodné daňově motivovat. Náklady této podpory se státu vyplatí v rovině nižších daňově-pojistných ztrát z titulu přerušení pracovních kariér osob pečujících o své blízké a snížení čerpání sociálních dávek s touto péčí spojených.

Významnou výhodou tohoto návrhu je pojistné krytí nejen samotné osoby v ekonomicky aktivním věku, ale také jejich osob blízkých, zejména pak rodičů, kde riziko nesoběstačnosti a potřeby dlouhodobé péče rostou exponenciálně s jejich věkem. Tento rys produktu je unikátní a posiluje rodinnou solidaritu: o rodiče je, i díky finanční podpoře z pojistného produktu, dobře postaráno, aniž by dcera, či syn musel/a tíži péče převzít časově a organizačně plně na svá bedra, mnohdy na úkor své pracovní kariéry či kvality ekonomického zázemí rodiny (v případě ztráty pracovního příjmu v důsledku plné péče o rodiče).

Podmínkou fungování návrhu je vhodnou úpravou veřejné regulace zatraktivnit podmínky pro příchod nových poskytovatelů terénní i lůžkové péče. Tím dojde k tolik potřebnému posílení nedostatečné strany nabídky dlouhodobé péče. To umožní péči o rodiče realizovat v kombinaci rodiny a profesionálních poskytovatelů terénní či lůžkové péče. Zvýšená nabídka možností péče a koupěschopná poptávka povede k růstu kvality poskytovaných služeb v celém sektoru a ke zvýšení kvality života občanů v České republice.

Skupinové pojištění dlouhodobé péče s prvkem rodinné solidarity dokáže zvýšit objem provozních zdrojů v systému dlouhodobé péče prakticky ihned po svém zavedení, což je významná výhoda oproti alternativním produktovým schématům. Pojišťovny mohou také prostřednictvím vhodných finančních nástrojů (např. koupí firemních obligací entit zaměřených na rozšíření kapacit sektoru dlouhodobé péče) zvýšit objem disponibilního kapitálu a napomoci tak budování infrastruktury a růstu kapacit systému dlouhodobé péče.

Klíčovou podmínkou, vedle samotného uznání přínosu výše nastíněného soukromého pojištění, podpořeného případně daňovou incentivou zaměstnavatelům, je samotná role zaměstnavatelů v systému. Zapojení zaměstnavatelů je důležité pro udržení nízké administrativní nákladovosti produktu. Je výhodné i pro zaměstnavatele samotné, neboť jim významně sníží náklady a rizika, kterým čelí v případě odchodu jejich zaměstnanců z pracovního poměru kvůli péči v domácnosti o své osoby blízké. V neposlední řadě jde i o projev vysoké míry sociální odpovědnosti zaměstnavatelů.

Kvantitativní i kvalitativní průzkumy realizované v květnu Českou asociací pojišťoven ukázaly, že občané mají o soukromé pojištění dlouhodobé péče enormní zájem a jsou si vědomi dnešní neutěšené situace v této oblasti. Výhodou návrhu ČAP[3] je jeho legislativní nenáročnost při implementaci (v podstatě jediná změna na úrovni zákona je uznání daňové incentivy na straně zaměstnavatele). Návrh je dále univerzální v tom smyslu, že je aplikovatelný a synchronní s jakýmkoliv pojetím veřejné politiky v oblasti dlouhodobé péče (ať už systém v ČR zůstane tak, jak je definován dnes, anebo se promění např. rakouským či německým směrem). Návrh ČAP je důsledně postaven na „win-win" přístupu – jsme přesvědčeni, že přináší zlepšení a pozitiva pro všechny aktéry systému dlouhodobé péče (klienti a jejich rodinní příslušníci, poskytovatelé péče a jejich zaměstnanci, zaměstnavatelé, stát, kraje, obce, investoři).

[3] *Více na www.cap.cz.*

5. Závěry a doporučení

Cílem tohoto dokumentu nebylo přijít s optimálním řešením financování, a tím tedy i zajištěním kapacit služeb dlouhodobé péče pro příští období. Cílem dokonce nebylo ani přinést jednoznačnou a podloženou odpověď na otázku, zda je zavedení pojištění dlouhodobé péče jako nástroje financování a rozvoje tou správnou cestou pro Českou republiku. Cílem je přinést elementární popis možných variant a řešení. Otevřít diskuzi o tom, proč uvažovat nad možným zavedením pojistného systému v oblasti dlouhodobé péče, včetně základních předpokladů a premis.

Je nutné také vést tuto diskuzi a uvažovat i o kombinaci navržených řešení, a to zejména o možnosti propojení či kombinaci veřejného a soukromého systému, kdy veřejný systém by pojímal financování segmentu dlouhodobé péče a soukromý pak vytvářel možnost dalších zdrojů pro zajištění ve stáří ve smyslu zajištění formálních služeb dlouhodobé péče. Předmětem těchto diskuzí by zcela jistě měla být i možná úloha zaměstnavatelů nebo i rozšíření daňově uznatelných zaměstnaneckých benefitů v této oblasti.

Každý model má své silné a slabé stránky, každý vyžaduje jiný časový úsek pro jeho realizaci, od několika let na straně veřejných modelů, po několik měsíců na straně soukromého, dobrovolného pojištění.

Co mají všechny modely společné, je nutnost veřejné diskuze, diskuze expertní, akademické, politické, zapojení široké veřejnosti, sociálních partnerů, zdravotních pojišťoven, komerčních pojišťoven, zástupců státní správy, tedy všech relevantních aktérů.

Jako autoři tohoto dokumentu jsme připraveni tyto diskuze vést, moderovat, facilitovat, nebo se jich jen účastnit. Budoucnost a dostupnost dlouhodobé péče v ČR nám totiž není lhostejná.

Seznam literatury

- RIEDEL, M. a M. KRAUS. 2010. The Long-Term Care System For The Elderly In Austria. ENEPRI Research Report No. 69, 2010. 29 s. ISBN 978-94-6138-011-1.
- www.cap.cz

2020

www.apsscr.cz