

## Český (ne)systém financování dlouhodobé péče

Jaroslav Vostatek

### Abstrakt

*Analýzy stále více dospívají k účelnosti propojení či integrace zdravotní péče a dlouhodobé péče. V Česku již dlouhou dobu máme systémové provizorium ve financování zdravotní péče: klíčovým nástrojem regulace je ministerská úhradová vyhláška, leč přetrvává existence sedmi paralelních zdravotních pojišťoven, kterým prostředky přiděluje skrytý svěřenský fond, který vytváří dojem, že univerzální zdravotní péče není financována z daní. Část dlouhodobé péče je složkou tohoto veřejného zdravotního pojištění. Druhá část je financována strukturovanou univerzální peněžitou dávkou a dotacemi sociálních služeb, které měly být po zavedení příspěvku na péči zrušeny. Čeká nás tedy reforma financování zdravotní i dlouhodobé péče a optimálním řešením je vyjít z ucelené veřejné politiky. K dispozici jsou čtyři sociální modely: liberální, křesťansko-demokratický, sociálně-demokratický a neoliberální; jejich odlišnosti jsou zřetelné zejména ve financování dlouhodobé péče.*

**Klíčová slova:** dlouhodobá péče, zdravotní péče, sociální modely, zdravotní pojištění

### Abstract

*Various analytical studies have pointed to the effectiveness of linking or integrating the health care and long-term care systems. In Czechia we have had a systemic makeshift in the health care financing: even though the ministerial Reimbursement Decree is the key regulation vehicle, seven parallel health insurance institutions have persisted, paid from a hidden trust fund, giving the impression that the health care is not tax-financed. While a part of the long-term care system is financed through the public health insurance system, the second part is financed via a structured universal cash benefit and subsidies for social services, which were due to be abolished following the introduction of the care allowance. Thus, the reform of the financing of health and long-term care is overdue, and the optimal solution is to base it on coherent public politics; four models are available: the liberal, Christian-democratic, social-democratic and neoliberal welfare regimes, their distinctions are pronounced in the long-term care financing.*

**Keywords:** Long-term care, health care, welfare regimes, health insurance

### Úvod

V některých zemích se dlouhodobá péče stala novým odvětvím sociálního zabezpečení. U nás je dlouhodobá péče relativně novým pojmem, nicméně jde o oblast, jejíž význam v budoucnu poroste, a to již s ohledem na předpokládaný demografický vývoj. Dosavadní stav v této oblasti je u nás neuspokojivý, ve významné míře je narušována rovnost mezi občany, pokud jde o přístup k veřejným prostředkům, nabídka některých služeb není dostatečná apod. Jde do jisté míry o pozůstatek dřívější „ekonomiky nedostatku“, spojené s extrémně dlouhými čekacími dobami např. na byt, na místo v domově pro seniory apod. Ale jedná se také o dopady zavedení příspěvku na péči od roku 2007, kdy došlo k neplánovanému nárůstu veřejných výdajů, a v neposlední řadě o projev resortismu, kdy problematika dlouhodobé péče je „rozdělena“ mezi ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo práce a sociálních věcí.

Cílem příspěvku je shrnout stávající systémy a modely financování dlouhodobé péče ve vybraných zemích OECD, analyzovat český systém financování zdravotní a dlouhodobé péče a poté navrhnout základní reformní kroky.

### Základní sociální modely dlouhodobé péče

Dlouhodobá péče je relativně novým úsekem sociálního zabezpečení; v jednotlivých zemích je různou měrou propojena se souvisejícími odvětvími – především se zdravotní péčí a také se sociální pomocí. V mezinárodním průměru zemí OECD lze vyzorovat typické rozdíly mezi zeměmi aplikujícími v převážné míře některý ze čtyř základních sociálních modelů: liberální, křesťansko-demokratický (konzervativní), sociálně-demokratický či neoliberální.

Klasický liberalismus minimalizuje záshahy státu do hospodářství; každý se má o sebe postarat sám, pomocí také může rodina či charita. Modernímu liberálnímu modelu nejvíce vyhovuje sociální pomoc jako metoda sociálního zabezpečení; testuje se zde příjem i majetek. V praxi příslušných zemí hraje rozhodující roli poskytování dlouhodobé péče ze strany rodiny, přátel a známých. Soukromé pojištění dlouhodobé péče hraje významnější úlohu pouze v několika zemích světa. K modernímu liberálnímu modelu lze přiřadit i nízké univerzální dávky dlouhodobé péče a regulaci dávek sociální pomoci poskytovaných osobám v ústavní péči. Vyčází se přitom mj. z toho, že bydlení a stravování a další „hotelové služby“ si

má každý uhradit sám. Podstatným zdrojem úhrady trvalé ústavní péče je či může být i kapitál klienta, jehož součástí je i prodejní cena domu klienta. Soukromý sektor v poskytování ústavní péče zcela převažuje. Ve Velké Británii je tento systém kombinován se sociálně-demokratickým modelem poskytování a financování zdravotní péče (Vostatek, 2020b).

Typickým rysem křesťansko-demokratického (konzervativního, kontinentálního) sociálního modelu je velká diverzita zabezpečení jednotlivých sociálních skupin. Každá sociální skupina má modelově „svůj“ systém sociálního zabezpečení. Typickou, v tomto modelu nejvíce používanou metodou sociálního zabezpečení zaměstnanců je sociální pojištění. Zdravotní péče je zde věcnou dávkou sociálního nemocenského pojištění. Podstatný nárůst univerzality zdravotní péče a podstatný nárůst významu zdravotní péče v rámci sociálního nemocenského pojištění znamenaly výraznou modifikaci tohoto odvětví sociálního pojištění: podstatné posílení sociální solidarity na úkor ekvivalence. Z odborného hlediska je zde zásadním problémem financování stále více univerzální zdravotní péče pojistným, které je proporcionální výdělkům zaměstnanců. Za této situace a také pod demografickým tlakem došlo před čtvrtstoletím v Němec-

ku k zavedení zákonného pojištění (dlouhodobé) péče jako pátého odvětví sociálního pojištění; jeho účelem je částečná úhrada nákladů ústavní dlouhodobé péče. V Německu se v posledních 15 letech uplatnila neoliberalní teorie a politika ve zdravotní a dlouhodobé péči; byla zavedena povinnost mít (sociální nebo soukromé) nemocenské pojištění a navazující pojištění dlouhodobé péče a od roku 2013 ještě přibyla „Bahrova péče“ – soukromé doplňkové pojištění dlouhodobé péče se státním příspěvkem (Vostatek, 2020b). Bahrova péče nesplnila očekávání; tento produkt si sjednává jen málo lidí.

Sociálně-demokratický model zdravotní a dlouhodobé péče je přímo financován státem, regiony a municipalitami; lze ho označit za systém s jedním plátcem (single-payer systém); v zemích OECD a EU převažuje. Klasická varianta vychází výhradně z univerzálního práva na péči, bez využití veřejné pojišťovny. Soudobé varianty připouští i zaměstnanecké a individuální připojištění zdravotní péče a soukromé poskytovatele zdravotní a dlouhodobé péče. Při posuzování potřebnosti potenciálních konzumentů dlouhodobé péče se nebere zřetel na majetek ani jiná aktiva občanů. Ve Švédsku je oficiálním cílem dlouhodobé péče o seniory zabezpečení vysoké kvality a nezávislosti života – pokud možno co nejdéle, aby se mohli účastnit a angažovat v občanském a osobním životě. Musí být s nimi zacházeno s respektem a musejí mít přístup k dobré péči (Fukushima a kol., 2010). Základní parametry určuje centrum, stát také poskytuje globální dotace regionům na tuto péči podle počtu a struktury obyvatelstva. Decentralizace dlouhodobé péče na obce je zásadním trendem. Některé švédské obce začaly využívat konstrukce poplatků, při níž se berou na zřetel příjmy klientů. Obecně lze tyto reformy charakterizovat jako ekonomizaci, informalizaci (ve smyslu většího využití neformální péče) a privatizaci (Auth, 2013). Resortně patří dlouhodobá péče na ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí.

Povinné soukromé pojištění zdravotní a dlouhodobé péče lze považovat za základní verzi neoliberalního modelu. K tomuto modelu patří univerzální či komunitní pojistné, nezávislé na výši výdělku účastníka. Předpokládá se přitom poskytování dotace k univerzálnímu pojistnému podstatné části pojištěnců. Soukromá zdravotní pojišťovna nemůže odmítnout žádného klienta, nesmí zohlednit individuální zdravotní riziko. Tento systém funguje ve Švýcarsku a v drsnější podobě v USA – a v obou zemích je významná část dlouhodobé péče začleněna do zdravotní péče. Dlouhodobá péče je ve Švýcarsku financována převážně (ze 60 %) soukromě, její poskytování je považováno převážně za osobní či rodinný problém (Vostatek,

2020b). Veřejnou dlouhodobou péči mají podle ústavy na starosti obce a v menší míře i kantony. V rámci povinného zdravotního pojištění jsou poskytovány věcné dávky v ústavech a při péči v domácnosti a příspěvky na dlouhodobou péči v ústavech; uplatňují se zde spoluúčasti.

### České veřejné zdravotní pojištění

Po sametové revoluci mohl dosavadní základ systému státní zdravotní správy fungovat dále, stačilo jen převzít zkušenosti té či oné západní země se systémem Národní zdravotní správy. Ve většině ostatních evropských postkomunistických zemí byly vytvořeny monopolní zdravotní pojišťovny, které převzaly hlavní váhu ve financování univerzální zdravotní péče. Současně bylo zaváděno pojistné na veřejné zdravotní pojištění.

Jedním ze základních pilířů reformy zdravotnictví podle usnesení české vlády v roce 1991 mělo být znovuzavedení zdravotního pojištění bismarckovského typu jako dominantního způsobu financování zdravotní péče. Došlo k privatizaci zdravotních zařízení, zejména ambulantního typu. Z hlediska občana byla nejvýznamnějším přínosem svobodná volba zdravotnického zařízení. „Reforma českého zdravotnictví byla připravována zejména uvnitř zdravotnických kruhů s celkem malou účastí nezdravotnické veřejnosti. Jako hnací motiv celkem zřetelně vystupovala snaha zajistit stabilně vyšší úroveň financování zdravotnictví a vytvořit prostor pro privatizaci zdravotnických služeb. Je otázkou, zda uvedená reforma dostatečně akceptovala zájmy občanů jakožto daňových poplatníků a spotřebitelů zdravotní péče“ (Němec, 2001).

Od roku 1992 vznikla Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, která „provádí všeobecné zdravotní pojištění, pokud toto pojištění neprovádějí resortní, oborové a podnikové zdravotní pojišťovny“. Následovala liberální politika v oblasti vzniku „resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven“ od roku 1992, které se zaměřily na příslušné zaměstnanecké skupiny, a tudíž inkasovaly podstatně vyšší pojistné za své klienty; hlavně z tohoto (absurdního) motivu vzniklo (celkem) 27 pojišťoven. Předmětem přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami bylo pouze 50 % vybraného pojistného. Až od roku 2005 se přerozděluje 100 % vybraného pojistného. Liberální regulace nově vznikajících zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven a důraz na platby za výkony (fee-for-service) lékařských praxí počátkem 90. let vyvolaly podstatné zvýšení veřejných výdajů na zdravotnictví v relaci k HDP během několika let (před zavedením plateb za výkony nás výslovně varovala Světová banka). Nákladová exploze byla zastavena formou

vydávání úhradové vyhlášky počínaje rokem 2006; tím byl v podstatě obnoven systém podrobného centrálního řízení. Většina nových zdravotních pojišťoven zanikla. Dnes máme systém „veřejného zdravotního pojištění“, poskytovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR a 6 „zaměstnaneckými“ zdravotními pojišťovnami. Konkurence mezi těmito neziskovými pojišťovnami je v zásadě jen formální.

Funkční trh zdravotních služeb nikdy nebyl u nás realizován ani rámcově, poměry v jednotlivých segmentech poskytovatelů těchto služeb jsou významně odlišné. Zákon o veřejném zdravotním pojištění již více než 25 let stanoví, že úhrady za zdravotní služby se mají stanovovat dohodou mezi poskytovateli a pojišťovnami; ministerská vyhláška má optimálně být jen potvrzením dohody „tržních partnerů“. Poprvé k průlomové dohodě všech segmentů poskytovatelů došlo před vydáním loňské úhradové vyhlášky. S podstatným přispěním koronavirové pandemie však došlo k následným změnám finančních parametrů.

Dnešní české zdravotní pojistné vzniklo při daňové reformě od roku 1993, kdy došlo k rozdělení daně ze mzdy na malou daň z příjmu ze závislé činnosti a na malé zaměstnanecké pojistné. Představa, že za každého pojištěnce musí být zaplacené (stejně) pojistné, odpovídá pouze neoliberalnímu modelu povinného soukromého zdravotního pojištění. Čím více se toto pravidlo (v neoliberalním systému) poruší, tím větší nesmysl z toho vyjde. Tak je tomu i dnes u nás: pojistné za státní pojištěnce je dlouhodobě asi pětinou, pojistné osob bez zdanitelných příjmů zhruba třetinou a pojistné OSVČ asi polovinou průměrného pojistného za zaměstnance. Neoliberalní systém financování zdravotní péče u nás nemáme, a tak české zdravotní pojistné je jednoznačně nespravedlivou daní. Ze systémového hlediska není existence pojistného oprávněná, protože poskytování základních zdravotních služeb je u nás univerzální, nezávislé na výdělku.

Pojistné veřejného zdravotního pojištění je u nás běžně považováno za „zdravotní daň“. Sazba pojistného je přemrštěná: 13,5 %, u zaměstnanců z hrubé mzdy, z toho 9 % ze mzdy platí zaměstnavatel. Za tzv. státní pojištěnce (důchodci, děti apod.) platí stát fakticky paušální pojistné (od 1.1.2020 1 067 Kč, od 1.6.2020 1 567 Kč a od 1.1.2021 1 767 Kč měsíčně); jeho výše je určována podle fiskální úvahy vlády a zákonodárce, bez ohledu na skutečné náklady na zdravotní péči státních pojištěnců. Předmětem „veřejné volby“ je (požadovaný) vyměřovací základ. Tzv. osoby bez zdanitelných příjmů jsou povinny platit (jiné) paušální pojistné samy, a to 13,5 % z oficiální minimální mzdy (vloni 1 971 Kč, letos 2 052 Kč měsíčně); asi polovina těchto osob pojistné fakticky neplatí.

## Recenzované články

Stávající systém výběru zdravotního pojistného je absurdní: 7 zdravotních pojišťoven si vybírá pojistné pro sebe, aby vzápětí proběhlo jeho 100% přerozdělení podle nákladových indexů, které stanoví ministerstvo zdravotnictví každoročně vyhláškou. Ve světě v takovém případě zaměstnavatelé posílají pojistné do centrálního fondu zdravotního pojištění, z něhož jednotlivé zdravotní pojišťovny dostávají prostředky podle počtu a struktury pojištěnců (stejně jako u nás v rámci 100% přerozdělení). Jednoduchou racionalizací je za daného stavu využití mechanismu pojistného za státní pojištěnce: stát (ČSSZ) může v podstatě ihned začít platit rozumné pojistné (cca 2 900 Kč měsíčně, resp. 8,2 % z průměrné mzdy) za všechny pojištěnce a současně převzít inkaso obecného zdravotního pojistného do státního rozpočtu, spolu s dosavadním sociálním pojistným. Úspory provozních nákladů zdravotních pojišťoven budou vyšší než pojistné placené osobami bez zdanitelných příjmů, které při této operaci odpadne. Po této racionalizaci příspěvků na sociální zabezpečení můžeme přikročit k jednoduché a efektivní reformě daně z příjmů ze závislé činnosti.

Celková sazba sociálního a zdravotního pojistného (44,8 %) je u nás hodně vysoká – ve srovnání se Západem. Současně máme velmi nízké zdanění osobních příjmů: pouhých 15 % z hrubé mzdy, to na Západě převyšuje 30 % z hrubé mzdy. Dílčí řešení je snadné: pojistné placené zaměstnanci s celkovou sazbou 11 % ze

mzdy přidáme do daně z příjmů ze závislé činnosti, jejíž sazba se tak zvedne na 26 % z hrubé mzdy. Tato reforma daně z příjmů a pojistného má jistý dopad na český daňový mix, nicméně se jedná „pouze“ o technickou reformu. Její výsledná podoba vcelku zapadá do sociálně-demokratického daňového modelu.

Klasifikace českého systému veřejného zdravotního pojištění není zcela jednoduchá, neboť jde o směs, resp. pozůstatek různých systémů. Věcně jej asi nejvíce vystihuje označení sociálně-demokratický model, a to kvůli stávající univerzalitě veřejné zdravotní péče a státní regulaci. Důslednou reformou by bylo zrušení všech zdravotních pojišťoven a zrušení pojistného na veřejné zdravotní pojištění.

### Český systém financování dlouhodobé péče

I dlouhodobá péče byla u nás před revolucí organizována jako státní správa. Modelově zde byla snaha plně uspokojovat potřeby pracujících a dalších občanů. Praxe byla jiná: panovala „ekonomika nedostatku“, např. na umístění v domově důchodců se čekalo podstatně více let než na koupi nového auta. Poptávka po tomto umístění rodičů byla mj. posilována nedostatkem bytů. Dřívější podrobné centrální řízení sociálních služeb bylo v 90. letech nahrazeno centrálním podrobným dotačním řízením ze strany MPSV. Přitom podstatně vzrostl počet (dotovaných) institucí, poskytovatelů sociálních služeb. Vznikla potřeba reformy

a výsledkem byl zákon o sociálních službách s účinností od roku 2007.

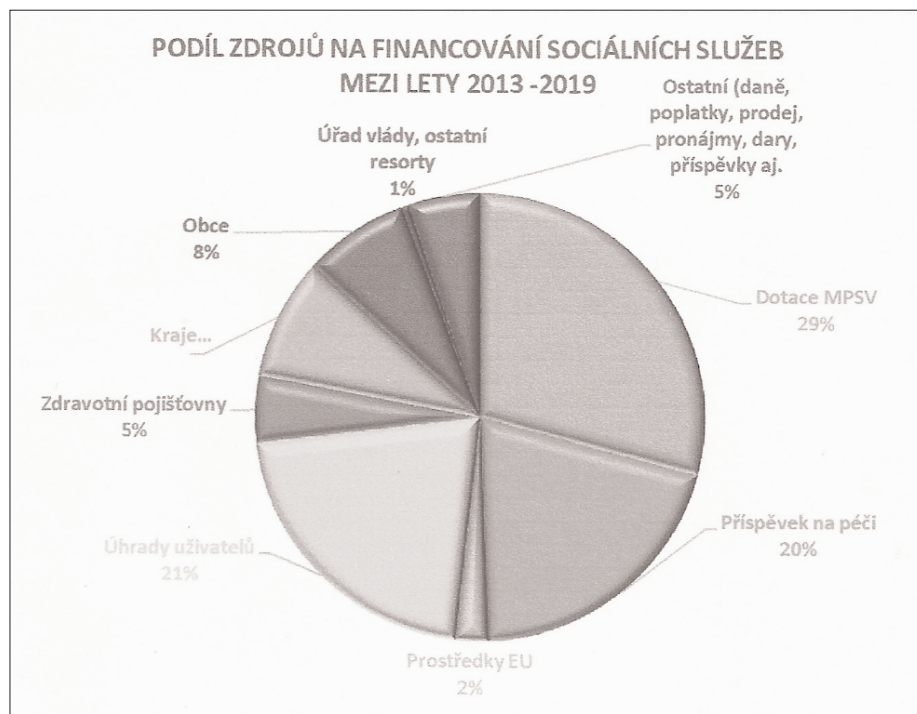
Nově zavedený příspěvek na péči (formálně) nahradil dvě dávky: zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvek na péči o blízkou nebo jinou osobu. Zavedení příspěvku na péči bylo motivováno snahou, aby veřejné „peníze šly za klientem“, nikoliv již za institucemi. Přitom nebylo jasně řečeno, z jakého celkového konceptu financování dlouhodobé péče se vychází. „Byl chybně vybrán a také chybně interpretován model britské koncepce sociálních služeb“ (Víšek a Průša, 2012). Státní dotace měly být podle zákona o sociálních službách v zásadě zrušeny s tím, že kompetence v oblasti financování sociálních služeb z MPSV přejdou plně do samostatné působnosti jednotlivých krajů. Termín této reformy byl opakovaně posouván, až nakonec od roku 2014 byl zákon o sociálních službách novelizován: financování sociálních služeb bylo z úrovně MPSV převedeno na kraje v samostatné působnosti; hlavní odpovědnost za dostupnost a plánování sociálních služeb mají tedy kraje. Dotace ovšem zůstaly: MPSV přiděluje dotaci krajům na základě procentních podílů stanovených zákonem.

V praxi mají dotace MPSV větší podíl na financování sociálních služeb než příspěvek na péči – viz obrázek 1. Příspěvek na péči je tak obdobou rakouského pečovného, které je výslovně koncipováno jako paušální částečná úhrada vícenákladů dlouhodobé péče. Pečovné v Česku, Rakousku i Německu preferuje neformální péči o klienty, na rozdíl od sociálně-demokratického modelu, který preferuje poskytování služeb v pracovním či podobném poměru (třeba i rodinnými příslušníky).

Mnoho nám nepomůže rada OECD (2018) motivovat krajské úřady k zajištění dostatečného počtu institucí dlouhodobé péče na jejich území. Odpovědnost za dlouhodobou péči by měla být přenesena na „obce s rozšířenou působností“, což je dnes u nás jen stupeň státní správy, transformovatelný na základní článek obecní samosprávy. Než poskytovat příspěvek na péči s přihlédnutím k příjmům jednotlivce, tak je jednodušší tuto státní dávku zrušit a poplatek za institucionální péči diferencovat podle příjmů opečovávané osoby. Regulace a financování zdravotní a dlouhodobé péče tak může být třístupňové: celostátní, regionální (krajské) a municipální (z úrovně obcí s rozšířenou působností).

Veřejné výdaje na dlouhodobou zdravotní péči činily v roce 2018 56,7 mld. Kč, zatímco tytéž výdaje na dlouhodobou sociální péči „jen“ 23,5 mld. Kč – viz obrázek 2. Peněžítými dávkami dlouhodobé sociální péče jsou – vedle příspěvku na péči (18,1 mld. Kč v roce 2018) – také příspěvek na mobilitu (1,6 mld. Kč) a příspěvek na zvláštní pomůcku (1 mld. Kč), od června 2018 i dlouhodobé ošetřovné. Uvedená

Obrázek 1: Struktura financování sociálních služeb v Česku (2013-2019)



Pramen: MPSV (2019)



relace zdravotní a sociální péče v rámci dlouhodobé péče je významně ovlivněna odlišnými způsoby financování (i srovnatelné) dlouhodobé péče v zařízeních v resortu ministerstva zdravotnictví a v resortu ministerstva práce a sociálních věcí.

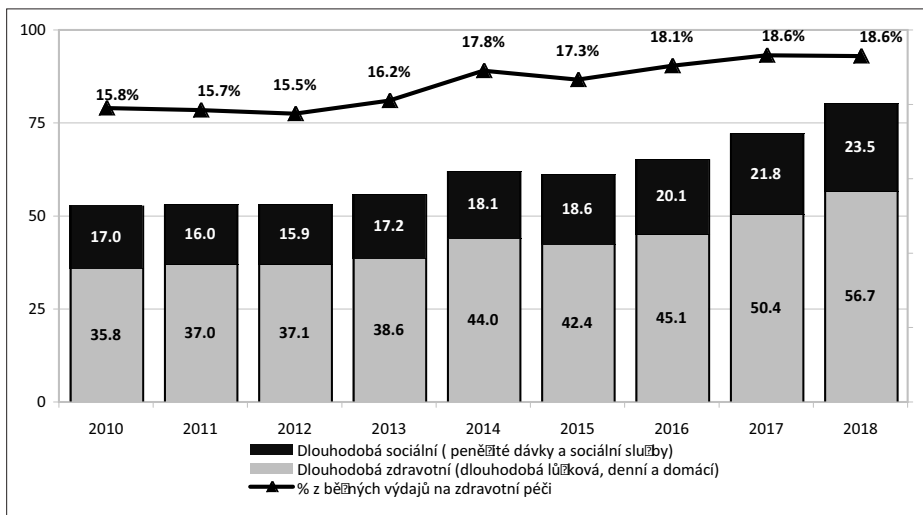
„Odlišné způsoby financování zdravotní i sociální péče deformují systém poskytování dlouhodobé péče a do jisté míry mohou ovlivňovat rozhodování klientů o podobě této péče. Zatímco zařízení sociálních služeb jsou financována ze státního rozpočtu, krajských, příp. obecních rozpočtů a prostředků klientů (příspěvek na péči, část invalidního, příp. starobního důchodu), zdravotnická zařízení jsou financována z prostředků zdravotního pojištění. Umístění nesoběstačné osoby do zařízení pobytové služby sociální péče vyžaduje výrazně vyšší finanční spoluúčast klienta, příp. jeho rodiny, zatímco hospitalizace ve zdravotnickém zařízení je pro klienta mnohem levnější, bez přímé úhrady. Tato situace ve svých důsledcích vede k tomu, že pro nesoběstačnou osobu a její rodinu je nejméně výhodným řešením co nejdříve setrvání ve zdravotnickém zařízení, které je finančně nákladnější“ (Pospíšil a kol., 2016).

Existence uvedených nerovných podmínek financování a konzumace zdravotní a sociální dlouhodobé péče je zásadním problémem české dlouhodobé péče. „Narovnání stávajících disparit mezi oběma systémy by výrazným způsobem přispělo k řešení důsledků očekávaných demografických trendů v sociální a zdravotní oblasti“ (Průša, 2011). „Základním předpokladem je sjednocení podmínek poskytování dlouhodobé pobytové/lůžkové péče v obou segmentech“ (Krása a kol., 2020).

Podle Deloitte bude optimální variantou reformy financování (českých) sociálních služeb zavedení „povinného pojištění na sociální služby“ jako doplňku ke stávajícímu zdravotnímu pojištění a „pojištění na sociální zabezpečení“; mělo by kopírovat zdravotní pojištění, pojistné „by mělo být hrazeno povinně zaměstnavateli za jejich zaměstnance (v obdobném poměru jako zdravotní pojištění, tedy cca 2/3 hradí zaměstnavatel, 1/3 hradí zaměstnanec) a OSVČ a dobrovolně osobami bez zdanitelného příjmu. Pojistné za osoby bez zdanitelného příjmu, které nejsou dobrovolnými plátcí, hradí stát. Sazba pojistného by měla být stanovena zákonem. Přínosem veřejného pojištění je uplatnění principu solidarity, to znamená, že každý má nárok na zajištění minimálního rozsahu péče, prevence a poradenství bez ohledu na to, zda a v jaké výši do systému přispívá“ (Deloitte, 2015).

Podle Deloitte je výrazným přínosem zavedení povinného „pojištění na sociální služby“ (pojištění dlouhodobé péče) téměř okamžitě generování prostředků

Obrázek 2: Veřejné výdaje na dlouhodobou zdravotní a sociální péči v Česku, 2010–2018 (mld. Kč; %)



Pramen: ČSÚ (2020)

využitelných na financování sociálních služeb. To je ovšem nepřijatelná argumentace: ani pro případ (politického) rozhodnutí o významném zvýšení výdajů na sociální služby nelze doporučit zavedení nového systému povinného pojistného; celková výše příspěvků na sociální zabezpečení je totiž v českém daňovém mixu extrémně vysoká – a je nutno ji aspoň částečně nahradit jiným zdaněním (Vostatek, 2020a).

Poskytovatelům sociálních služeb mají být podle studie Deloitte hrazeny „náklady v plné výši formou kapitační platby za poskytnutou péči a nebudou jim poskytnuté dodatečné vyrovnávací platby v současné době poskytované z prostředků státního rozpočtu ve formě dotace“ (Deloitte, 2015). To je pozitivum: doporučuje se vlastně začlenění financování dlouhodobé péče do systému financování zdravotní péče. Naše doporučení jde podstatně dál: dlouhodobou péči je racionální začlenit do resortu zdravotnictví (a sociálních věcí) a podle možností sjednotit systémy financování obou složek dlouhodobé péče, resp. celé zdravotní péče. Rozhraničení krátkodobé a dlouhodobé péče je či může být podstatné pro politiku financování hotelových služeb ve všech institucích poskytujících ústavní péči – podle definice v balíku základní péče mohou být hrazeny např. hotelové služby ve vícelůžkových pokojích klasické nemocnice a klient bude platit denní taxu na úhradu stravy, kdežto hotelové služby v ústavech dlouhodobé péče mohou přímo hradit klienti ze svého – zde se může vycházet z předpokladu, že chovanec ústavu již svůj vlastní byt nepotřebuje.

Na českém trhu je nabízeno několik produktů pojištění dlouhodobé péče. Pojišťovny chtějí být v blízké budoucnosti sou-

částí systému zajištění dlouhodobé péče ve stáří, nejlépe v rámci soukromého zdravotního připojištění. „Základní doporučenou variantou je skupinové pojištění ekonomicky aktivních osob za organizační pomoci a případně finanční participace jejich zaměstnavatelů. Toto pojištění by krylo dlouhodobou péči nejen pro danou osobu do 65 let věku (tj. po dobu její ekonomické aktivity), ale také riziko dlouhodobé péče pro její rodiče (...) Jedině skupinovým pojištěním (nabízeným pomocí zaměstnavatele) lze držet administrativní náklady produktu na extrémně nízké úrovni a současně relativně rychle získat dostatečně početný kmen klientů. Zaměstnavatel se také produktem může diferencovat od své konkurence na trhu práce (...) Existovat by měla i plně individuální forma pojištění dlouhodobé péče. Klient si bude moci sám zvolit, jaká forma krytí dlouhodobé péče a rizik s ní souvisejících je pro něj, jeho rodinné příslušníky a jeho celkovou finanční situaci nejméně výhodná. K diskusi zůstává, má-li být produkt pojištění dlouhodobé péče plně rizikovým pojištěním, anebo má-li obsahovat i akumulační složku, která by např. kryla riziko nesoběstačnosti dané osoby (zaměstnanec) i po ukončení její ekonomické aktivity. Produkt bez spořicí složky je levnější, avšak existuje riziko jeho nepříznivého vnímání veřejností („Léta jsem si platil, a nic z toho nemám) v případě, kdy u dané osoby ani jejích rodičů nesoběstačnost nenastane (...) státu se vyplatí fiskální motivace zaměstnavatele v podobě uznání daňové odečitatelnosti jejich příspěvku na pojistné svým zaměstnancům ze základu daně z příjmu právnických osob, osvobození tohoto zaměstnavatelského příspěvku od povinného sociálního a zdravotního pojištění na straně zaměstnavatele i za-

## Recenzované články

městnance a konečně osvobození tohoto příspěvku od daně z příjmu fyzických osob“ (ČAP, 2020). Česká asociace pojišťoven tak požaduje pro pojištění dlouhodobé péče stejný daňový režim jako pro stávající soukromé životní pojištění a doplňkové penzijní spoření. To má svou logiku. Problém je ovšem v tom, že česká státní podpora těchto soukromých „penzí“ je nejvyšší na světě; jde tak již o neoliberální systém „jemně povinného“ soukromého pojištění (Vostatek, 2020a). Navrhovaná podpora pojištění dlouhodobé péče je ostatně násobně vyšší než státní podpora „Bahrovy péče“ v Německu.

Nejjednodušší a neefektivnější pro Česko je přechod k single-payer systému ve financování zdravotní péče i dlouhodobé péče. Dlouhodobou péči lze začlenit do systému zdravotní péče. Je účelné a efektivní zrušit jak pojistné všeobecného zdravotního pojištění, tak i univerzální příspěvek na péči. U dlouhodobé péče by měly mít prioritu věcné dávky (služby), mělo by se (také) vědět, kdo konkrétně péči poskytuje. Ideálně by tato péče měla být rovnocenná zaměstnání či samostatné výdělečné činnosti, ve všech širších souvislostech a se všemi důsledky. Poradenství OECD a Deloitte naopak směřuje k neoliberálnímu modelu. „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“ (Krása a kol., 2020).

### Závěry

Modely financování dlouhodobé péče se odvíjejí od čtyř základních sociálních modelů dlouhodobé péče, které lze šachovnicově uspořádat jednak podle důrazu na selektivitu kontra univerzalitu v poskytování dlouhodobé péče, a jednak podle úlohy povinnosti kontra individuální volby tohoto zabezpečení. V moderním liberálním modelu je systémovým řešením financování dlouhodobé péče individualizovanou dávkou sociální pomoci. V zemích s křesťansko-demokratickým modelem zdravotní péče je viditelná návaznost dlouhodobé péče na zdravotní péči v institucionálním uspořádání i ve financování. Sociálně-demokratický model poskytování dlouhodobé péče kopíruje tentýž (single-payer) model poskytování zdravotní péče; veřejná politika zde deklaruje občanské právo na kvalitní dlouhodobou péči., zdravotní pojistné zde neexistuje. Neoliberální sociální model požaduje maximum liberalismu a současně i výrazné státní finanční zásahy s cílem podstatně regulovat trh zdravotní a dlouhodobé péče.

Zvláště s ohledem na zřetelnou tendenci k poskytování univerzální zdravotní

péče v zemích OECD lze dojít k závěru, že klasický křesťansko-demokratický sociální model není perspektivní. Zejména na úseku zdravotní péče a soukromého zdravotního pojištění se ve světě ukazuje, že liberální sociální model není nejlepší; neoliberální reformy sice mohou odstranit většinově pociťovanou nedostatečnou univerzalitu zdravotní péče, vedou však k vyššímu růstu nákladů na tuto péči, oproti jiným systémům či modelům. V podstatě tak zbývá jako nejlepší základ systému sociálně-demokratický model. Všechny systémy přitom prodělaly řadu modifikací, které reflektují např. zapojení soukromého sektoru do poskytování zdravotních a sociálních služeb.

Dlouhodobá péče má blízko ke zdravotní péči a může (měla by) být začleněna do resortu zdravotnictví, ideální je začlenění do resortu zdravotnictví a sociálních věcí. Lze ji i koncipovat jako jeden pilíř zdravotního systému. Ve financování dlouhodobé péče lze – aspoň částečně – uplatnit stejné metody jako ve financování zdravotní péče, návazně na definici balíku či balíků základní zdravotní péče a dlouhodobé péče. Příspěvek na péči, jako univerzální peněžitá dávka pro rezidenty, je možnou formou sociálního zabezpečení závislých osob, měl by ovšem srozumitelně zapadat také do celého systému peněžitých dávek, především starobních a invalidních důchodů a příspěvků na bydlení. Tak tomu u nás není. Evropa dává přednost věcným dávkám (službám) dlouhodobé péče, pak je ovšem příspěvek na péči zbytečný. Systémovým řešením není ani český systém dotování ústavů dlouhodobé péče.

Zdravotní pojistné lze u nás jednoduše začlenit do sociálního pojistného, přejít na jedno inkasní místo. 100% přerozdělování zdravotního pojistného lze současně nahradit single-payer systémem, využitím mechanismu placení pojistného za státní pojištěnce, rozšířeného na všechny dosaďadní pojištěnce, se sazbou na úrovni 8,2 % průměrné mzdy.

Světové zkušenosti ukazují, že úloha regionů (krajů a obcí) je u dlouhodobé péče nezastupitelná, u nás ovšem máme problém v tom, že krajů by mohlo být méně (řekněme 10) a obcí řádově méně (např. 250). Miniaturní obce samozřejmě nejsou schopny poskytovat ani ty nezákladnější sociální služby, jako je např. poradenství včetně informací o provozovatelích sociálních služeb. Přitom regiony a obce (s rozšířenou působností) jsou nezastupitelné při poskytování dávek sociální pomoci klientům systému dlouhodobé péče. Míra centralizace a decentralizace financování dlouhodobé péče musí být smysluplně formulována a respektována. V rozporu s tím jsou v podstatě nahodile poskytované dotace ústavům dlouhodobé péče.

### Literatura

- Auth, D. (2013). Economization and (in-)formalization of long-term care in Great Britain, Sweden and Germany. 3rd European Conference on Politics and Gender (ECPG). Barcelona. <http://www.ecpg-barcelona.com/sites/default/files/Paper%20Auth%20ECPG%20Barcelona%202013-final.pdf>
- ČAP (2020). Dlouhodobá péče na rozcestí. Jak mohou komerční pojišťovny pomoci? Position paper. [https://www.cap.cz/images/Analzy/Position\\_paper\\_LTC.pdf](https://www.cap.cz/images/Analzy/Position_paper_LTC.pdf)
- ČSÚ (2020). Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2010 až 2018. Praha: Český statistický úřad. <https://www.czso.cz/documents/10180/122362658/26000520.pdf/ce8cd21a-9317-4b04-8e5d-441be5ea0c8b?version=1.1>
- Deloitte (2015). Alternativní způsoby a změny ve financování osob závislých na pomoci jiné fyzické osoby. Podkladová studie pro Fond dalšího vzdělávání. Praha: Deloitte Advisory s. r. o.
- Fukushima, N., Adami, J., Palme, M. (2010). The Long-Term Care System For the Elderly in Sweden. ENEPRI Research Report No. 89. [http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20\\_ANCIEN\\_%20RR%20No%2089%20Sweden.pdf](http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANCIEN_%20RR%20No%2089%20Sweden.pdf)
- Krása, V., Horecký, J., Bezděk, V., Potůček, M. (2020). Pojištění dlouhodobé péče v ČR. Studie. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.
- MPSV (2019). Analýza financování sociálních služeb. Praha: MPSV. [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Analýza+financování+sociálních+služeb\\_2019.pdf/3c8c3bf8-c747-09b0-9308-3838a646c465](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Analýza+financování+sociálních+služeb_2019.pdf/3c8c3bf8-c747-09b0-9308-3838a646c465)
- Němec, J. (2001). České zdravotnictví v uplynulých devíti letech (případová studie). LIPA. [https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fwww.lipa.cz%2Fcase\\_lipa\\_X\\_nemec.doc](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fwww.lipa.cz%2Fcase_lipa_X_nemec.doc)
- OECD (2018). OECD Economic Surveys: Czech Republic 2018. Paris: OECD Publishing. [https://doi.org/10.1787/eco\\_surveys-cze-2018-en](https://doi.org/10.1787/eco_surveys-cze-2018-en)
- OECD/WHO (2011). OECD Health Reviews: Switzerland. Paris: OECD Publishing, 2011. ISBN 978-92-64-12090-7. <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-reviews-of-health-systems-switzerland.htm>
- Pospíšil, D. a kol. (2016). Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025. Praha: MPSV. <https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf/af89ab84-31ac-e08a-7233-c6662272bca0>
- Průša, L. (2011). Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče. Praha: VÚPSV
- Víšek, P., Průša, L. (2012). Optimalizace sociálních služeb. Praha: VÚPSV, Národní centrum sociálních studií, 2012. [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_343.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_343.pdf)
- Vostatek, J. (2020a). Sociální zabezpečení je klíčem k české daňové reformě. FÓRUM sociální politiky, 2020, č. 3
- Vostatek, J. (2020b). Modely financování dlouhodobé péče. FÓRUM sociální politiky, 2020, č. 6

*Prof. Ing. Jaroslav Vostatek, CSc. (jaroslav.vostatek@vvsf.cz) vyučuje zejména sociální politiku a veřejnou ekonomii na katedře financí Fakulty ekonomických studií Vysoké školy finanční a správní (Department of Finance, Faculty of Law and Administration of the University of Finance and Administration), Estonská 500, 101 00 Praha 10, Česká republika.*