



VYSOKÁ ŠKOLA
FINANČNÍ
A SPRÁVNÍ

Sociální modely financování dlouhodobé péče

Social Models of the Long-Term Care Financing

prof. Ing. Jaroslav Vostatek, CSc.

Centrum pro ekonomické studie a analýzy (CESTA)

Working Paper 1/15

leden 2015

Obsah

Abstract	2
Abstrakt	3
Předmluva	3
Úvod	3
1. Liberální model	4
2. Konzervativní model	8
3. Sociálně-demokratický model	10
4. Neoliberální model	12
5. Univerzální příspěvek na dlouhodobou péči	15
Závěry	18
Seznam literatury	18

Social Models of the Long-Term Care Financing

JAROSLAV VOSTATEK

Abstract

We compare the liberal, social-democratic, conservative and neoliberal design of LTC financing, separately mentioning the Austrian and Czech reforms as well. Any LTC model has to take the health care design used into account. England has been trying the combination of a social-democratic health care system with a liberal welfare LTC system, generating many inconveniences due to asset testing and persistence of low universal benefits. The US has been trying the combination of a neoliberal health care system with a not comprehensive LTC system. Sweden has a system of universal health care and LTC services system. Germany relies on a conservative social health and LTC insurance model with neoliberal design additions. The Czech universal LTC benefit and the central subsidizing of LTC institutions require a paradigmatic reform, to arrive at a reasonable social model.

Keywords Long-term care, Health care, Welfare regimes, Attendance allowance, Social assistance, Social services, Medicaid

JEL Classification I18, I11, I38, H53

Sociální modely financování dlouhodobé péče

JAROSLAV VOSTATEK

Abstrakt

Srovnáváme liberální, sociálně-demokratický, konzervativní a neoliberální modely financování dlouhodobé péče, separátně se věnujeme rovněž rakouské a české reformě. 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 sociální 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.

Klíčová slova: dlouhodobá péče, zdravotní péče, welfare regimes, příspěvek na péči, sociální pomoc, sociální služby, Medicaid

JEL: I18, I11, I38, H53

Předmluva

Working Paper CESTA 1/15 je výsledkem našeho výzkumu v letech 2013 a 2014. V anglické verzi byl příspěvek prezentován pod názvem Redesigning the Long-Term Care Financing for Aging Societies na 70. výročním kongresu IIPF, který se konal v Luganu ve dnech 20. – 23. 8. 2014. Abstrakt příspěvku byl publikován v Redesigning the Welfare State for Aging Societies. 70th Annual Congress of the International Institute of Public Finance. Book of Abstracts. Lugano: Università della Svizzera italiana, 2014, p. 107. Ve zkrácené verzi byl příspěvek publikován pod názvem Welfare Regimes of the Long-Term Care Financing v publikaci Proceedings of the 16th International Scientific Conference Finance and Risk, Vol. 1. Bratislava: Publishing House EKONÓM, 2014.

Úvod

Dlouhodobá péče je péče o osoby se sníženou soběstačností v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nebo postižení, např. při vykonávání tzv. základních aktivit denního života (activities of daily living), jako je koupání, oblékání, jezení, vyprazdňování apod. Tato „osobní“ složka péče je často poskytována v kombinaci se základní zdravotní péčí, která zahrnuje např. ošetřování ran, podávání léků, dále s prevencí, rehabilitací a paliativní péčí. Služby dlouhodobé péče často zahrnují též např. přípravu jídla, nakupování, dopravu apod.

Cílem tohoto příspěvku je analyzovat stávající systémy financování dlouhodobé péče ve vybraných zemích OECD a ukázat propojení dlouhodobé péče zejména se systémy zdravotní péče. Vydeme přitom ze začlenění dlouhodobé péče do obecných sociálních modelů (welfare regimes), jak byly koncipovány zejména Espingem-Andersenem (1990). Rozlišíme tak tři základní sociální modely: liberální, konzervativní a sociálně-demokratický. Liberální model přitom rozčleníme na klasický liberální model a neoliberální model. Zmíníme se rovněž o specifických systémech

v Rakousku a v Česku. Touto analýzou převážně sekundárních pramenů se pokusíme též přispět k diskusi o reformě českého systému dlouhodobé péče.

Financováním dlouhodobé péče se zabývá zejména OECD (Colombo, 2011). Pro „ilustrativní účely“ třídí země OECD do tří základních skupin: na univerzální systémy s jedním programem, smíšené systémy a systémy záchranné sítě (means-tested safety-net schemes). Univerzální systémy jsou přitom rozčleněny do tří „submodelů“: na financované z daní, v rámci sociálního pojištění a v systému zdravotní péče. My se zde nebudeme snažit konkurovat tomuto informačnímu zdroji v popisu systémů dlouhodobé péče v jednotlivých zemích, soustředíme se naopak na to, jak jsou základní sociální modely realizovány v příslušných vybraných zemích, s použitím aktuálních dat.

Navážeme na charakteristiku financování dlouhodobé péče ve výše uvedených třech sociálních modelech, kterou nedávno sestavil Daatland při analýze skandinávského (sociálně-demokratického) modelu. Daatland (2012) přitom navíc rozlišuje model rodinné péče, ve smyslu tzv. středomořského sociálního modelu, jak jej uvádí řada jiných autorů. Skutečností je, že rodina má dodnes podstatný význam při poskytování dlouhodobé péče ve většině zemí OECD, z tohoto „modelu“ se ostatně historicky vyvinuly všechny ostatní sociální modely. Dostupná data, např. o uváděném (podle tohoto autora) „modelovém“ Španělsku, nám však mj. neumožňují dělat jakékoliv významnější závěry k problematice financování dlouhodobé péče nad rámec dalšího textu.

1. Liberální model

Klasický liberalismus minimalizuje zásahy státu do hospodářství a dnešní „sociální stát“ vůbec neuznává. V tomto modelu v zásadě platí, že každý se má o sebe postarat sám. V době, kdy i v dnešních vyspělých zemích toto platilo v maximálním možném rozsahu, existovaly z tohoto liberálního pravidla výjimky, toto pravidlo v zásadě potvrzující. Pokud jde o dlouhodobou péči, tak ze středověku přetrvala ústavní péče v chudobincích, starobincích, sirotčincích, blázincích, přiřadit sem lze i obecní pastoušky.

Standardní soukromé zdravotní pojištění či pojištění dlouhodobé péče má své charakteristické konstrukční prvky, odvozené ze zásady ekvivalence a z její realizace v tržním prostředí. Soukromá pojišťovna si před sjednáním pojistné smlouvy zjišťuje zdravotní stav klienta a snaží se zjištěné skutečnosti promítnout do výše pojistného. Při špatném „riziku“ smlouvu ani neuzavře. Soukromé pojištění dlouhodobé péče hraje poněkud významnější úlohu pouze v několika zemích světa. V USA má toto pojištění asi 5 % populace ve věku 40 let a více, z toho u asi 30 % klientů se jedná o skupinové pojištění, s podstatnou účastí zaměstnavatelů. Ve Francii je pojištěnost lidí ve věku 40+ asi 15 %, v tom 45 % klientů díky kolektivním smlouvám. Pojištěnost ve Velké Británii je asi 0,05 %. V Německu byla ve stejném období pojištěnost 3,5 %. U nás lze zakoupit pojištění dlouhodobé péče v podstatě jen symbolicky.¹ V několika zemích je soukromé pojištění dlouhodobé péče daňově zvýhodněno – v USA díky tomu, že toto pojištění je začleněno pod pojištění zdravotní. Ve většině zemí nemá toto pojištění prakticky žádný význam, byť je lze na trhu v nějaké podobě najít. Dobrovolné pojištění dlouhodobé péče v zásadě využívají lidé s vyššími příjmy a aktivity (Colombo, 2011).

¹ FLEXI životní pojištění Pojišťovny České spořitelny: klient může mj. sjednat připojištění „Pojištění plné invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty“, „Pojištění velmi vážných onemocnění“ a „Pojištění plné invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky“. Uvedené připojištění invalidity nebo dlouhodobé péče je ale platné nejdéle do dožití se 65 let věku, tj. ke vzniku invalidity nebo potřeby dlouhodobé péče musí dojít nejpozději do věku 65 let – má-li dojít k zahájení výplaty doživotního důchodu (v rozmezí 3-30 tisíc Kč měsíčně). Připojištění dlouhodobé péče je zde tedy „třešničkou na dortu“ připojištění plné invalidity. To je typický přístup pojišťoven k tomuto riziku. V praxi se spíše prodává (při)pojištění závažných onemocnění s jednorázovým plněním, které ovšem není prioritně orientováno na úhradu dlouhodobé péče, pojistnou událostí je onemocnění vážnou nemocí v její terminální fázi – tomu nejbližší je hospicová péče; v praxi jsou tato pojištění zpravidla alternativou k pojištění pro případ smrti.

Typická soukromá pojištění bývají koncipována i se zřetelem na prodejnost příslušných produktů. U dlouhodobé péče je to zvláště významné, protože riziko vzniku potřeby dlouhodobé péče je sice potenciálními klienty obecně uznáváno jako významné, nicméně jeho pojištění je finančně velmi náročné. Pro velkou většinu osob jsou náklady dlouhodobé péče v případě značné nesoběstačnosti vysoké, ne-li prohibitivní. Částečně to ovlivňuje i režie pojišťoven, která např. v USA u osoby sjednávající pojištění dlouhodobé péče ve věku 65 let činí 18 % z pojistného. Vysokou reží lze vysvětlit čtyřmi příčinami: správnými náklady, nedokonalou konkurencí, asymetrickými informacemi a celkovým rizikem růstu nákladů (Cremer, 2012).

Modernímu liberálnímu modelu nejlépe vyhovuje sociální pomoc jako metoda sociálního zabezpečení. V rozporu s ním není charita a v praxi příslušných zemí dominuje poskytování dlouhodobé péče ze strany rodiny, přátel a známých.

I když osobami potřebujícími dlouhodobou péči jsou lidé všech věkových skupin, zcela rozhodující podíl mají senioři vyššího věku. Pokud tyto osoby jsou poživateli starobního či jiného důchodu, tak tento důchod může sloužit k částečné a v jednotlivých případech i k plné úhradě nákladů dlouhodobé péče. Koncepce dlouhodobé péče tak může vzít na zřetel i koncepci sociálního zabezpečení ve stáří. Stejně tak je rozumné, aby koncepce financování dlouhodobé péče navázala na koncepci financování zdravotní péče. V tomto smyslu je koncepce financování dlouhodobé péče jakousi nadstavbou nad koncepcí zdravotní péče a starobních (a invalidních) důchodů. Nejen teorie dlouhodobé péče upozorňuje na širší souvislosti domácí péče o nesoběstačné osoby ze strany rodiny a dalších osob, mezi něž patří i význam dědictví (bequest motiv) a – obecněji – využití majetku potřebných osob k přímé i nepřímé úhradě nákladů dlouhodobé péče.

Dvěma představiteli liberálního modelu financování dlouhodobé péče jsou USA a Velká Británie (s výjimkou Skotska, které má odlišný systém; to v dalším textu pomineme). Základní orientace těchto dvou systémů je shodná: dominující metodou je sociální pomoc, tj. dávka testovaná na příjmy a majetek. Podstatný rozdíl v provedení je ovlivněn zcela rozdílnými systémy poskytování zdravotní péče. V USA je zdravotní péče neoliberálního typu a dlouhodobá péče je významnou součástí této zdravotní péče, kdežto Velká Británie vychází u zdravotní péče ze sociálně-demokratického modelu a dlouhodobá péče je samostatnou částí sociálního systému a je přitom postavena na liberálním konceptu.

Zásadní modifikací výrazně tržního zdravotnického systému v USA jsou dva největší veřejné zdravotnické programy Medicare a Medicaid a dále daňová podpora poskytování zdravotního pojištění či přímo zdravotní péče ze strany zaměstnavatelů. Programy Medicaid a Medicare pro federální vládu spravuje agentura Centers for Medicare & Medicaid Services.

Medicaid je největším vládním, federálním a státním, výdajovým programem pro osoby s nízkými příjmy; je v zásadě určen pro příjemce peněžitých dávek sociální pomoci. Rozsah pojištění je rozdílný podle jednotlivých států USA, federace pouze poskytuje dotace, a to v závislosti na průměrných příjmech v jednotlivých státech a také jako motivaci k širšímu využívání tohoto programu. Medicaid je především financérem zdravotní péče pro sociálně potřebné a nízkopříjmové skupiny osob, které projeví o tuto péči zájem. Součástí tohoto výdajového programu je i úhrada většiny nákladů dlouhodobé péče. Pro nárok na ústavní dlouhodobou péči se testují též aktiva žadatele. Na financování ústavní péče se podílejí klienti, což se odůvodňuje mj. poskytováním bydlení a stravy – tyto náklady by klienti měli, i kdyby nebyli umístěni v ústavu. Někteří klienti k tomu využívají i obecného programu sociální pomoci (Supplemental Security Income).

V roce 2012 byla cestou Medicaid pojištěno 72,6 mil. Američanů, což je 23 % populace USA. Medicaid platí nízké sazby za poskytovanou zdravotní péči, ve srovnání s jinými pojistiteli. Výdaje na dlouhodobou péči představovaly v roce 2011 28 % všech výdajů na zdravotní péči v rámci Medicaid (Truffer, 2012). Celkové veřejné a soukromé výdaje na dlouhodobou péči v USA představovaly v roce 2010 208 mld. \$, což je asi 8 % veškerých výdajů na zdravotní péči. Medicaid je dominantním (62 %) zdrojem financování těchto výdajů, následuje přímá úhrada péče (out-of-pocket, 22 %) ze strany klientů (Shugarman, 2013).

Balík základní dlouhodobé péče je definován federálním zákonem jako minimum, které musí jednotlivé státy poskytovat. Patří sem ústavní ošetrovatelská péče a domácí zdravotní péče pro ty osoby, které mají nárok na ústavní ošetřování. Poskytování většiny služeb dlouhodobé péče je na uvážení jednotlivých států. Testování příjmů a aktiv je velmi striktní. Obvykle platí, že před získáním nároku na dlouhodobou péči od Medicaid musí zájemci nejdříve vyčerpat osobní zdroje. Od příjemců dlouhodobé péče mohou státy požadovat malou spoluúcast. Dlouhodobou péči v USA potřebuje asi 10 mil. Američanů, z nich asi 3 mil. ji dostávají od Medicaid (Colombo, 2011).

Medicare je federálním zdravotnickým programem pro zaměstnance a jejich manželky (manžele), s plněním po dosažení věku 65 let. Náklady na ústavní ošetrovatelskou péči a na hospice představovaly asi 16 % celkových výdajů nemocničního pojištění Medicare. Pokud však dlouhodobou péči vymezíme minimální délkou trvání 6 měsíců, pak tato péče není součástí Medicare.

Rozhodující část dlouhodobé péče je v USA poskytována rodinnými příslušníky a známými bezplatně. Počet těchto pečovatелů je odhadován na 42 mil. (trvale pečující) a na 62 mil. (občasně pečující), hodnota jejich práce pak celkem na 450 mld. \$ v roce 2009. „Průměrným“ pečovatelem v USA je žena ve věku 49 let, aktivní mimo domov a pečující zdarma téměř 20 hodin týdně o svou matku po dobu téměř 5 let (Feinberg, 2011).

Ve fiskálním roce 2014 se realizuje Obamova zdravotnická reforma – pokud jde o zavedení povinnosti mít zdravotní pojištění. V roce 2014 dochází též k reformě Medicaid. Původně zde mělo dojít i ke zvýšení minimální hranice pro testování příjmů na 138 % federální úrovně chudoby (FPL), což aktuálně pro jednotlivce představuje 15 856 \$ ročně (kromě Aljašky a Havaje). Nejvyšší soud to však změnil na opci – pro jednotlivé státy, kterou zřejmě využije asi polovina států USA. V této souvislosti se hovoří o „expanzi“ Medicaid, popř. „historické transformaci“ (Smith, 2013). Státy Arkansas a Iowa dostaly federální souhlas s použitím federálních dotací k nákupu soukromého zdravotního pojištění pro osoby, které získají nově nárok na Medicaid. (Nákup soukromého zdravotního pojištění byl v mnoha případech možný již dříve.) Koncepce Obamovy zdravotnické reformy jako celku je neoliberální.

Součástí Obamovy zdravotnické reformy mělo být též nové pojištění dlouhodobé péče, které mělo fungovat podobně jako základní penzijní systém USA (OASDI); pojistné měl strhávat zaměstnavatel ze mzdy. Návrh byl rámcově obsažen v příslušném návrhu zákona; v Kongresu byl tento koncept změněn na dobrovolné pojištění, do něhož má být zaměstnanec automaticky zařazen (auto-enrolment) s tím, že má možnost toto pojištění odmítnout (opt-out). Přestože šlo v podstatě jen o věcný záměr zákona, byl přijat jako zákon CLASS (Community Living Assistance Services and Supports Act). Obamova administrativa CLASS ani nerozpracovala a při vyjednávání s Kongresem o „fiskálním útesu“ v roce 2012 byl mj. tento zákon „vyměněn“ za souhlas Kongresu se zvýšením objemu federálního dluhu USA. Obama podepsal zákon obsahující zrušení zákona CLASS počátkem ledna 2013. Původní Obamův koncept CLASS představoval konzervativní systém sociálního pojištění dlouhodobé péče, přijatý (a Obamou ignorovaný) koncept CLASS byl neoliberální. Vládní a opoziční představitelé návazně jmenovali komisi, která měla do 6 měsíců předložit „návrh na zavedení a financování komplexního, koordinovaného a vysoce kvalitního systému, který by zajistil dostupnost dlouhodobých služeb a podpor pro jednotlivce potřebující tyto služby a podpory ... a jednotlivce, kteří si přejí plánovat budoucí potřeby dlouhodobé péče“ (CLASS, 2013).

Zpráva této odborně-politické komise je dobrým materiálem pro studium dlouhodobé péče. Žádná překvapení ale neobsahuje, včetně toho, že 6 z 15 členů komise Zprávu neschválilo a vzápětí 5 z nich vydalo vlastní materiál (Butler, 2013). V klíčové otázce financování dlouhodobé péče Zpráva neobsahuje doporučení, jen prezentuje dva možné přístupy. Přístup A nadhazuje různé varianty, jak podpořit poptávku po soukromém pojištění dlouhodobé péče. Prvním námětem je úhrada pojistného tohoto pojištění z penzijního či zdravotního spoření, které mají velké daňové výhody. Druhým ze 12 nápadů je zavedení daňové podpory pojištění anuit v kombinaci s pojištěním dlouhodobé péče. Přístup B je označen jako posílení financování dlouhodobé péče

sociálním pojištěním; nejedná se však o sociální pojištění v evropském slova smyslu, ale o doplnění programu Medicare tak, aby pokrýval celou dlouhodobou péči (1. varianta), nebo o pokrytí katastrofálního rizika dlouhodobé péče v programu Medicare, nebo v novém federálním sociálním programu (2. varianta). K oběma těmto variantám by se měla přidat i účinnější regulace trhu pojištění dlouhodobé péče (Chernof, 2013). Materiál 5 „nesouhlasících“ členů komise fakticky dále rozvádí „přístup“ B. Oba dva přístupy odrážejí politické rozpory Obamovy administrativy a republikánské většiny v Kongresu, jak byly výše charakterizovány.

Britský systém financování dlouhodobé péče je považován za liberální. Nejvýznamnější dávkou v tomto systému je dávka sociální pomoci; testuje se zde příjem i majetek. Poválečná Beveridgeova koncepce sociální politiky se přitom opírá o svéráznou variantu sociálního pojištění, jehož peněžité dávky jsou univerzální a jsou financovány (jedním) příspěvkem na národní pojištění, který je také univerzální, tj. nezávislý na výdělku. (Omezíme se zde na tento model, jak byl zaveden po druhé světové válce, ponechme stranou modifikace, k nimž došlo při nesčetných poválečných reformách.) Univerzální pojistné, vybírané v pevné částce týdně, by teoretici – zabývající se zdravotní péčí – dnes označili jako paušální pojistné (Německo), nebo nominální pojistné (Nizozemsko). Daňoví specialisté by totéž charakterizovali jako daň z hlavy. Při modelování sociální politiky se obvykle tento příspěvek na národní pojištění ignoruje a jednoduše se předpokládá, že univerzální dávky jsou financovány ze státního rozpočtu, resp. obecně „z daní“ (tax-financed). Při velmi nízké úrovni univerzálních dávek lze tento systém považovat za modifikovanou moderní variantu liberalismu.

Beveridgeův model zdravotní péče byl ovšem koncipován jinak než tamní peněžité dávky „národního pojištění“. Systém velkorysé univerzální zdravotní péče pro všechny rozhodně nezapadá do liberalismu, ani moderního. Jde o ukázkové uplatnění sociálně-demokratického modelu.

Finální složkou poválečného britského sociálního systému byla a je dodnes sociální pomoc, i její podoba prošla několika reformami, které její základní koncepci neovlivnily. Od roku 1971 existuje ve Velké Británii příspěvek na úhradu pečovatelské služby (Attendance Allowance, AA), pro osoby od věku 65 let. Tato dávka má dnes dvě sazby, ve fiskálním roce 2013/14 ve výši 53 £ a 79,15 £ týdně. Jde tedy o velmi jednoduchý příspěvek na péči, s nízkými sazbami, který zapadá do britského systému univerzálních dávek. Vyšší sazba AA v roce 2011 představovala 15 % průměrné čisté měsíční mzdy (2140 £) ve Velké Británii. Pokud by poživatel AA pobíral také tamní rovný důchod (Basic State Pension, BSP) ve vyšší výměře, podmíněný dlouhodobou výdělečnou činností ve Velké Británii, tak by měl k dispozici dalších 20,7 % průměrné čisté mzdy, tj. AA + BSP by celkově dosahovalo výše 35,7 % průměrné mzdy. I součet těchto dvou dávek je méně než polovina samotného pečovatelského v Rakousku a zhruba polovina obdobné dávky v Německu (viz dále). Náklady intenzivní dlouhodobé péče jsou přitom násobkem uvedených sazeb (relací) v Německu a Rakousku – takže účel AA se ve Velké Británii obtížně vysvětluje. Pro osoby ve věku 16-64 let tam existuje jiná univerzální dávka, od roku 2013/14 pod názvem Personal Independence Payment. Jsou ještě další doplňkové dávky.

Britská dlouhodobá péče je obsažena v systému označovaném jako sociální péče a podpora. Sem patří i regulace dávek sociální pomoci poskytovaných osobám v ústavní péči. Při stanovení plateb za poskytované služby se testují příjmy i majetek žadatele, hodnotí se přiměřenost základních poskytovaných služeb a jejich cen (na lokální úrovni). Vychází se přitom mj. z toho, že bydlení, 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. Pozornost se soustřeďuje na fungování institucí jako celku a na individualizované příspěvky jednotlivým klientům. Nezaregistroval jsem dotování institucí poskytujících sociální služby. Ostatně: soukromý sektor v poskytování ústavní péče zcela převažuje (78 % lůžek); 14 % lůžek mají neziskové organizace, 3 % Národní zdravotní správa a 5 % místní samospráva (Humphries, 2013). To vše lze označit jako moderní liberální systém; jeho praktická účinnost – jako vždy – podstatnou měrou závisí na parametrech systému.

Zefektivněním sociální péče a podpory se zabývala britská vládní komise pod vedením Dilnota. Komise předložila svou Zprávu o financování péče a podpory v červenci 2011. Zpráva charakterizuje stávající systém jako zmatený, nespravedlivý a neudržitelný. Hned v další větě se uvádí, že lidé nemohou naplánovat své budoucí potřeby péče – tím se dává najevo, že je třeba vytvořit prostor pro soukromé zabezpečení případné dlouhodobé péče. Hlavním problémem je podle Zprávy to, že se lidé nemohou ochránit proti velmi vysokým nákladům péče. Nabídka finančních produktů na úhradu nákladů péče je velmi omezená. Panuje velká nejistota a lidé mají obavu o budoucnost (Dilnot, 2011).

První dvě doporučení Dilnotovy komise představují návrh na dvě zásadní parametrické změny současného systému sociální pomoci při poskytování sociální (dlouhodobé) péče. Doporučuje se stanovit celoživotní strop pro příspěvky dospělého jednotlivce na náklady jeho sociální péče – aby tak lidé byli chráněni před extrémními náklady péče. Komise doporučuje tento strop stanovit v rozpětí 25-50 tisíc £ s tím, že částku ve výši 35 000 £ považuje za odpovídající a spravedlivou. Druhé doporučení pak spočívá ve zvýšení horního limitu při testování výše majetku pro účel získání nároku na sociální pomoc při ústavní péči – z dnešních 23 250 £ na 100 000 £ (Dilnot, 2011). Pokud aktiva převyšují horní limit, tak klient nárok na dávku nemá. Pokud klient má dnes v Anglii aktiva pod 14 250 £, tak za dlouhodobou péči neplatí a navíc má nárok na to, aby mu z jeho příjmu zůstala částka 23,90 £ týdně k volné dispozici. Při aktivech v rozmezí 14 250 – 23 250 £ místní samospráva určí výši poplatku za péči.

Britská vláda závěry Dilnotovy komise v zásadě akceptovala, nejprve formou Bílé knihy a poté předložením návrhu zákona o péči a podpoře (Care and Support Bill) do parlamentu. Podstatně ovšem zvýšila celoživotní strop pro příspěvky klienta na náklady sociální péče na 72 000 £. Dlužno dodat, že původním zadáním pro komisi bylo snížit veřejné výdaje na sociální péči – a komise dospěla k závěru o nutnosti tyto náklady zvýšit. I tak vládní návrh zákona počítá se zvýšením výdajů na tuto péči. Návrh zákona přináší zlepšení pro vyšší příjmové a majetkové skupiny klientů, nejnižšímu kvintilu přitom nic navíc nedává (Humphries, 2013). To je logické, ti nejchudší za dlouhodobou péči již dnes nic neplatí. Reforma by měla být plně účinná v roce 2017. Má při ní dojít také ke snížení počtu dávek a k jejich systematičtějším propojení.

Návrh britského zákona o péči a podpoře formuluje jeho cíle – ve zkratce – takto:

- Modernizovat péči a podporu tak, aby systém byl postaven „okolo“ jednotlivce,
- Vyjasnit nároky tak, aby si lidé byli lépe vědomi, co se jim nabízí a aby byli schopni plánovat svou budoucnost,
- Podpořit širší potřeby místních komunit zlepšením přístupu k informacím a podporou prevence,
- Zjednodušit systém péče a podpory,
- Konsolidovat stávající legislativu do jednoho, jasného předpisu (Crown, 2012).

Financování dlouhodobé péče v moderním liberálním modelu individualizovanou dávkou sociální pomoci je systémovým řešením. Problém je v tom, že náklady této péče bývají i velmi vysoké. Moderní liberální systém se z tohoto hlediska umí postarat o nejchudší vrstvu nesoběstačných osob, s předpokládaným zapojením jiných, v zásadě univerzálních dávek – jako je např. starobní důchod. Výhodou také je to, že britský systém zdravotní péče je postaven na jiném sociálním modelu – vzhledem k možnému překrývání zdravotní a dlouhodobé péče. Problémy se koncentrují ve vztahu k ostatním nízkopříjmovým skupinám obyvatelstva a také v relaci ke střední třídě, kde liberální britské přístupy vyžadují prioritní využití aktiv klientů k financování dlouhodobé péče.

2. Konzervativní model

Typickým rysem konzervativního modelu je velká diverzita zabezpečení jednotlivých sociálních skupin. Každá sociální skupina má modelově „svůj“ systém sociálního zabezpečení. Tyto systémy

odrážejí jak specifika dané sociální skupiny, pokud jde o rizika krytá zabezpečením, tak i její vlivové postavení. To se výrazně projevilo již při vzniku těchto systémů. Velkou diverzitu, segmentaci sociálního zabezpečení tento model v podstatě skrývá, ostatně to není nic sociálně či politicky přitažlivého. Ve „vystavovaných“ sociálních hodnotách konzervativního modelu je v popředí rodina jako základ společnosti. V reálu se za tím skrývá i snaha omezit redistribuci příjmů ve společnosti; důraz je kladen na výkony a trh.

Typickou, v tomto modelu nejvíce používanou metodou sociálního zabezpečení zaměstnanců je sociální pojištění. Systémy sociálního pojištění byly původně určeny pro jednotlivé sociální skupiny zaměstnanců, resp. pro jejich odvětvové anebo teritoriální, popř. i podnikové kolektivy. Takový „kolektiv“ byl klientem příslušné sociální pojišťovny. Řízení sociálních pojišťoven vycházelo ze samosprávy jednotlivých institucí, na základě paritního zastoupení zaměstnavatelů a pojištěnců. Pojistné určovaly jednotlivé pojišťovny.

Konzervativní sociální model prošel četnými proměnami na úseku zdravotní péče i na úseku zabezpečení ve stáří. Jednak se prosadila tendence k univerzalizaci – zvláště u zdravotní péče, kde skoro ve všech vyspělých zemích „hrozí“ definitivní odchod k univerzálnímu, sociálně-demokratickému modelu. A vedle toho se projevila tendence k růstu dávek a nákladů, která se v posledních desetiletích dostala do konfliktu s demografickým vývojem, a aktuálním tématem se staly zdravotnické a důchodové reformy s cílem snížení růstu veřejných výdajů, nebo i relativního či dokonce absolutního snížení těchto výdajů. Při daných, zmíněných tendencích došlo v Německu od roku 1995 k zavedení pojištění (dlouhodobé) péče jako pátého odvětví sociálního pojištění.

Zavedení sociálního pojištění dlouhodobé péče v Německu předcházela odborná a politická diskuse po dobu 20 let, při níž byly probírány všechny možné varianty zabezpečení narůstajících potřeb dlouhodobé péče, včetně fondového systému. Významným argumentem pro průběžně financované sociální pojištění byla možnost okamžitého spuštění výplaty dávek a snaha převést organizaci a financování příslušné ústavní péče od obcí na jiné instituce. Z tohoto hlediska sociální pojištění dlouhodobé péče do značné míry fakticky „nahradilo“ sociální pomoc. Významnou roli v těchto diskusích měla Zpráva nadace KDA z roku 1974, s příslovečným názvem: Zpráva o ústavním ošetřování nemocí ve stáří a o převzetí nákladů zákonnými nemocenskými pokladnami (Anger, 1974). Zpráva začíná příkladem: sedmdesátiletý důchodce prodělá mrtvici, je léčen v nemocnici a vše platí nemocenská pokladna; pak dojde k jeho doživotnímu přemístění do domova pro seniory ... a pokladna již neplatí nic, jeho důchod nestačí na úhradu pobytu v ústavu a důchodce se stane příjemcem sociální pomoci. V reálu byly tehdy na sociální pomoc odkázány dvě třetiny obyvatel těchto ústavů. Účelem od roku 1995 zavedeného sociálního pojištění dlouhodobé péče je částečná úhrada nákladů ústavní dlouhodobé péče. Náklady přebírají relativně samostatné pokladny dlouhodobé péče (Pflegekassen), spravované nemocenskými pokladnami. Po reformě 1995 bylo na sociální pomoc odkázáno asi 20 % obyvatel uvedených ústavů; v dnešní době jich je již asi třetina – nárůst je dán nedostatečnou valorizací dávek.

Tabulka 1: Základní sazebník měsíčního pečovného v Německu od 2013

Stupeň	Domácí péče (€)	Ambulantní péče (€)	Ústavní péče (€)
1	235	450	1023
2	440	1100	1279
3	700	1550	1550

Zdroj: Bundesministerium für Gesundheit (2014)

Měsíční dávka sociálního pojištění dlouhodobé péče (Pflegegeld, pečovné) je diferencována do tří základních skupin podle rozsahu potřeby péče a dále podle druhu péče na domácí (poskytovanou rodinou apod.), ambulantní a ústavní. Základní tarif uvádí tabulka 1. V praxi byla základní tabulka tohoto typu postupně rozšiřována o příplatky a takto vznikl dodatečně i stupeň 0, fakticky určený pro klienty s diagnózou demence apod. Pozoruhodná je výrazná diferenciacie pečovného podle typu poskytovatele, zvláště u nejlehčího stupně nesoběstačnosti. Domácí a ambulantní péči lze přitom kombinovat – pokud se např. využijí ambulantní služby ve výši 60 % uvedeného limitu, tak

je nárok na výplatu uvedené peněžité dávky za domácí péči v rozsahu 40 %. V Německu bylo koncem roku 2010 2,4 mil. osob potřebujících dlouhodobou péči, z nich 46 % bylo ošetřováno výhradně rodinnými příslušníky a 31 % bylo trvale v ústavní péči; 23 % kombinovalo ambulanci služby s domácí péčí (Ratgeber, 2013).

Míru úhrady nákladů dlouhodobé ústavní péče lze ilustrovat na průměrných údajích ze statistického zjišťování koncem roku 2011. Průměrná sazba za tuto péči ve třetí, nejvyšší pečovatelské třídě činila asi 2280 € měsíčně. Vedle toho náklady na ubytování a stravování cca 638 € měsíčně. Sociální pojištění dlouhodobé péče poskytne úhradu 1550 € měsíčně. To znamená, že pečovatelské hradí náklady dlouhodobé péče z 68 % a náklady kompletní ústavní péče z 53 %. Neformální péče v Německu dominuje, tamní pečovatelská dávka má podpůrný význam – a proto se setkáme s charakteristikou německého systému dlouhodobé péče jako subsidiárního modelu (Auth, 2013).

Klienti jsou v Německu v ústavech většinou umístěni v jednolůžkových pokojích; ve dvoulůžkových pokojích žije 39 % klientů. Ústavů s příslušnou licencí bylo cca 12 400; 54 % z nich bylo provozováno veřejně prospěšnými institucemi typu Diakonie či Caritas, 40 % ústavů bylo soukromých a 5 % ústavů bylo veřejnými institucemi (Destatis, 2013).

Pojistné na sociální pojištění dlouhodobé péče se od roku 2013 vybírá s „paritní“ sazbou 1,025 % ze mzdy (zaměstnanec + zaměstnavatel). Zvýšenou sazbu 1,275 % platí bezdětní zaměstnanci. Zvláštní sazby platí v Sasku, protože Sasko u příležitosti zavedení tohoto pojištění odmítlo paralelní zrušení jednoho státního svátku; zaměstnanci s dětmi tam platí 1,525 %, bezdětní 1,725 % a zaměstnavatelé 0,525 %. Německé sociální pojištění dlouhodobé péče se vztahuje jen na osoby podléhající sociálnímu nemocenskému (zdravotnímu) pojištění, čili na řádově 85 % obyvatelstva.

Rothgang (2009) charakterizuje německé sociální pojištění dlouhodobé péče jako „Bismarckův typ“ konzervativního sociálního modelu. Překvapuje však, že Rothgang do stejné skupiny řadí i Rakousko, kde sice existuje podobný dávkový systém, systém je však univerzální – platí pro veškeré obyvatelstvo a navíc je financován z veřejných rozpočtů, bez jakékoliv asistence pojistného či účelové daně. Ke konzervativnímu modelu lze přiřadit některé další státy: Belgie, Francii, Lucembursko, Japonsko a Koreu (Colombo, 2011). Konzervativní model ve financování dlouhodobé péče ale v zemích OECD rozhodně nepřevažuje, totéž platí o zdravotní péči. Poslední systémové změny v německém pojištění dlouhodobé péče jsme zařadili do oddílu o neoliberalním modelu.

V zemích s konzervativním modelem financování zdravotní péče je viditelná návaznost dlouhodobé péče na zdravotní péči – pokud jde o institucionální uspořádání i financování. Vyčlenění dlouhodobé péče do samostatného odvětví sociálního pojištění má svou logiku, ale jen velmi podmíněnou – pokud lze do budoucna považovat za odůvodněné začlenění (převážně) univerzální zdravotní péče do segmentovaného systému sociálního pojištění.

3. Sociálně-demokratický model

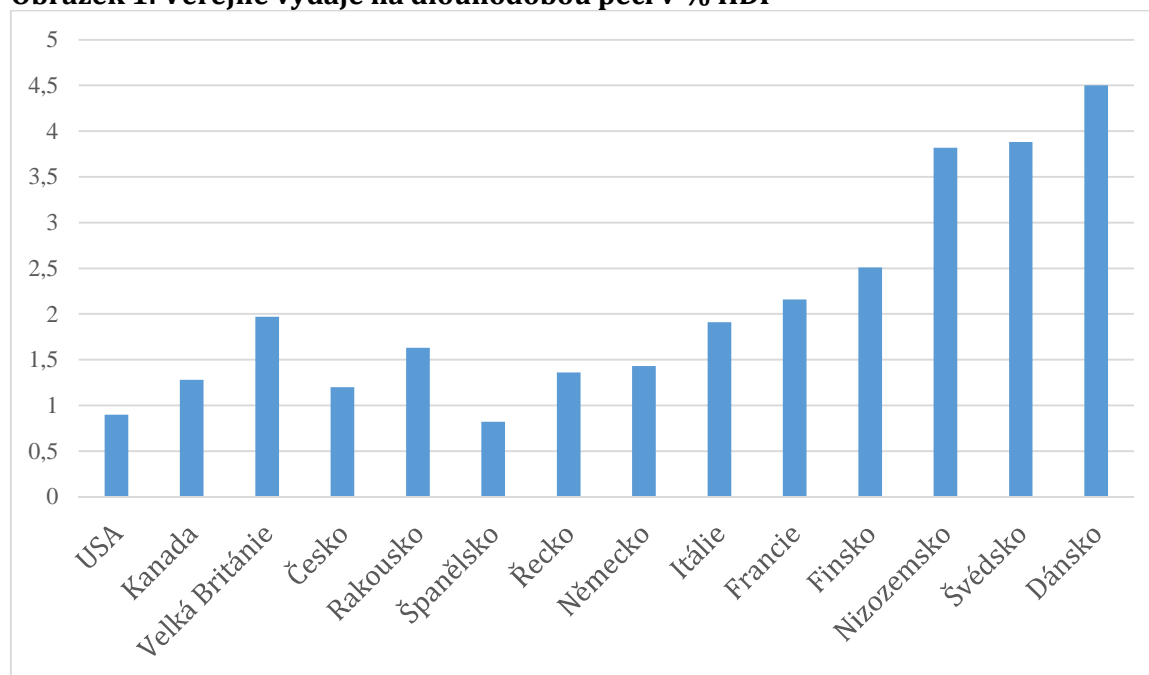
Sociálně-demokratický sociální model je ve své základní, výchozí koncepci spojen s výhradním poskytováním veřejných služeb. Nejtypičtější sociálně-demokratický systém poskytování dlouhodobé péče v zásadě kopíruje tentýž systém poskytování zdravotní péče. To platí počínaje již oficiální politikou, kdy je deklarováno občanské právo na kvalitní dlouhodobou péči (je-li potřebná). Ve Švédsku je oficiálním cílem dlouhodobé péče o starce 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. Podle vládní směrnice (z roku 2009) jde o zajištění důvěry příjemců péče a jejich příbuzných v důstojnou a vysoce kvalitní péči ve Švédsku (Fukushima, 2010). Řízení a plánování dlouhodobé péče ve Švédsku je třístupňové: celostátní, regionální a obecní. Resortně patří dlouhodobá péče na ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí.

V 90. letech proběhly některé reformy dlouhodobé péče ve Švédsku, návazně na velkou ekonomickou recesi. Spočívaly především v jejich (další) decentralizaci na obce. Snad největší reformou s politickým obsahem bylo povolení soukromého podnikání v sociálních službách, včetně využívání outsourcingu, za pravicové vlády. Obecně lze tyto reformy charakterizovat jako ekonomizaci, informalizaci (ve smyslu většího využití neformální péče) a privatizaci (Auth, 2013). Základ sociálně-demokratického modelu, resp. jeho aplikace v dlouhodobé péči, tím však zásadně narušen nebyl. Lze se setkat s modelovou „námitkou“, že některé švédské obce začaly využívat konstrukce poplatků, při níž se významně berou na zřetel příjmy klientů (Karlsson, 2010). Při jisté „ekonomizaci“ dlouhodobé péče to není překvapivé. Navíc lze upozornit na to, že sociálně-demokratický model bývá spojován s decentralizací veřejné správy na regiony a obce, s využíváním přímé demokracie. Pak se nelze divit i tomu, pokud některé obce či regiony začnou využívat ekonomických nástrojů a možností – ať již z důvodů politických či výhradně ekonomických. V žádné skandinávské zemi se však při posuzování potřeby potřebnosti potenciálních konzumentů dlouhodobé péče nebere zřetel na majetek či jiná aktiva občanů.

Základní parametry poskytování dlouhodobé péče určuje centrum, stát také poskytuje globální dotace regionům na tuto péči podle počtu a struktury obyvatelstva. Od roku 1993 poskytuje švédská vláda obcím tříšložkové dotace, které mají kompenzovat příjmové a nákladové rozdíly mezi obcemi a také umožnit adaptaci obcí na nové podmínky. Finanční spoluúčast klientů je celkově velmi nízká (pod 4 %), její konkrétní výši stanoví obce. Od roku 2002/2003 stát stanoví maximální měsíční platby za poskytované osobní služby (1696 Kr., cca 173 €) a pobytové služby (1766 Kr., cca 180 €), jakož i minimální měsíční kapesné (4787 Kr., cca 488 € pro jednotlivce).

Obecně lze formulovat jistou vnitřní rozpornost sociálně-demokratického modelu – mezi snahou o decentralizaci veřejné správy a mezi poskytováním univerzálních dávek a služeb (Karlsson, 2010). Na druhé straně tento rozpor umí vysvětlit teorie fiskálního federalismu: Podstatné je, že univerzální dávky a služby jsou na daném území poskytovány v jednotné výši; je věcí celostátní solidarity, do jaké míry se vše „sjednotí“. Nejen u dlouhodobé péče platí, že mohou být významné meziregionální rozdíly v podmínkách jejich poskytování. Nabídka příslušných sociálních služeb např. ze strany soukromého sektoru či neziskových organizací bývá dosti odlišná mezi venkovem a městskými aglomeracemi. I po provedení uvedených reforem platí, že veřejný sektor dominuje v poskytování dlouhodobé péče ve skandinávských zemích.

Obrázek 1: Veřejné výdaje na dlouhodobou péči v % HDP



Zdroj: Lipszyc (2012), Rodrigues (2012), vlastní výběr dat a zpracování

Sociálně-demokratický sociální model se v zásadní podobě aplikuje ve všech skandinávských zemích. Podle údajů OECD byl podíl přímých plateb klientů v Dánsku, Norsku a Finsku na financování dlouhodobé péče v roce 2007 kolem 10 %, zatímco ve Švédsku asi 1 %. Sama OECD však upozorňuje na řadu nepřesností v těchto a podobných statistikách; vykazování dlouhodobé péče není mezinárodně dostatečně sjednoceno. Podle jiného údaje o Švédsku je spoluúčast klientů řádu 3-4 %. V této souvislosti může být významný i příspěvek na bydlení, který dostává většina švédských penzistů.

Obrázek 1 ilustruje výdaje na dlouhodobou péči v relaci k HDP ve vybraných zemích OECD; vstupní údaje jsou sestaveny primárně podle prvního zdroje, k nim byly přidány údaje za USA a Kanadu; údaj za Česko je korigován. Nepoužívám data od OECD, která jsou v mnohém nesrovnatelná, jak ostatně uvádí i Colombo (2011). Země v obrázku jsou seřazeny podle převažujícího sociálního modelu na úseku dlouhodobé péče: vlevo liberálně orientované země, vpravo sociálně-demokratické a uprostřed konzervativní státy. Nepřekvapuje, že sociálně-demokratický model poskytování dlouhodobé péče je finančně nadprůměrně náročný; mohlo by to přímo vyplývat ze „zadání“ tohoto modelu. Je zde však již zmíněný problém s kvalitou vstupních dat, který je do značné míry dán již samotným charakterem dlouhodobé péče, jejím i velmi rozličným propojením s jinými oblastmi sociální politiky v jednotlivých zemích. Z těchto údajů nelze vyvozovat závěry o efektivnosti poskytování dlouhodobé péče.

Souhrnně vzato nemá sociálně-demokratický model financování dlouhodobé péče žádné zásadní problémy, které by ho hendikepovaly ve srovnání s jinými modely. Jeho základní modelovou výhodou je či má být to, že je zde jeden dominantní plátce, který hradí většinu nákladů. Tento standardizovaný přístup by měl generovat vyšší efektivnost ve srovnání s fragmentovanými systémy v Německu, Velké Británii nebo USA, kde financování dlouhodobé péče přichází z několika různých zdrojů (Karlsson, 2010). Při jeho rozvíjení je třeba vždy brát zřetel na navazující sociální systémy, především na zdravotní péči, aby nedocházelo k plýtvání veřejnými i soukromými zdroji.

4. Neoliberální model

Neoliberální sociální model deklaruje maximum liberalismu a současně i výrazné státní zásahy, které mají umožnit, resp. dokonce vytvořit obsáhlé konkurenční prostředí včetně potřebného sociálního zabezpečení. Je možné sem zařadit dosavadní i nastávající systém poskytování zdravotní péče v USA. Při zmínce o financování zdravotní péče nemůžeme opominout nizozemskou zdravotní reformu, která byla inspirována teoretickými přístupy amerického profesora pro podmínky USA a která byla vzorem pro několik českých politiků a jejich odborných poradců. Čistý model jimi doporučovaného paušálního pojistného se uplatňuje ve Švýcarsku a v segmentu povinného soukromého zdravotního pojištění i v Německu.

Povinné soukromé zdravotní pojištění lze považovat za základní verzi neoliberálního modelu. K tomuto modelu patří univerzální pojistné, nezávislé na výši výdělku účastníka. Předpokládá se přitom poskytování dotace k univerzálnímu pojistnému podstatné části pojištěnců. Soukromá zdravotní pojišťovna nemůže odmítnout žádného klienta. V této verzi nesou pojišťovny kumulativní riziko, spojené s velkými individuálními rozdíly v potřebě zdravotní péče – ať již jsou dány jak věkem a pohlavím, tak i zcela individuálním zdravotním rizikem, odrážejícím se zejména v dosavadním zdravotním stavu. Zmínka o povinném soukromém zdravotním pojištění je relevantní i z toho důvodu, že tento systém funguje ve Švýcarsku a bude fungovat v USA – a v obou zemích je významná část dlouhodobé péče začleněna do zdravotní péče.

Dlouhodobá péče je ve Švýcarsku financována převážně (z cca 60 %) soukromě, její poskytování je považováno převážně za osobní či rodinný problém. Veřejnou dlouhodobou péči mají podle ústavy na starosti obce a v menší míře i kantony. V rámci povinného soukromého zdravotního pojištění jsou poskytovány věcné dávky v ústavech a při péči v domácnosti a příspěvky na dlouhodobou péči v ústavech. I zde se uplatňují spoluúčasti. Uvedený vysoký podíl domácností na

financování dlouhodobé péče je však nutno snížit o doplňkové dávky, poskytované ke starobním a invalidním penzím; výsledná hodnota je asi 36 % (Colombo, 2011).

Podle zákona z roku 1996 měly zdravotní pojišťovny převzít celé financování dlouhodobé péče. Úspěšně však proti tomu bojovaly a nikdy k tomu v plném rozsahu nedošlo. Švýcarský parlament přijal zákon o financování péče v roce 2008; s účinností od roku 2011. Významnou úlohu v tomto systému mají kantony a obce. K úhradě samotných nákladů dlouhodobé péče v ústavech slouží:

- Příspěvek zdravotní pojišťovny podle míry péče (12 stupňů) – až 108 Fr. denně (vysoké spoluúčasti a franšízy v pojištění!);
- Příspěvek klienta až 20 % z předchozí částky, tj. až 21,60 Fr. denně;
- Příspěvek obce – pokrývá zbytek nákladů.

Podobně je tomu u ambulantní péče v domácnostech. Náklady hotelových služeb u ústavní péče nesou klienti; v roce 2011 se tyto náklady v případě jednolůžkového pokoje v Lucernu pohybovaly v rozmezí 5000 – 5700 Fr. měsíčně. Je zřejmé, že zmíněná schémata financování samotné dlouhodobé péče umožňují individualizaci nesení nákladů jednotlivci. K úhradě výdajů klientů dále slouží dávky z jiných sociálních systémů, zejména doplňková dávka (EL) ze solidárně orientovaného veřejného penzijního pilíře. Doplňková dávka v podstatě představuje speciální dávku sociální pomoci, testovanou na příjem i majetek.

Financování dlouhodobé péče ve Švýcarsku nese neoliberalní prvky především díky napojení na povinné soukromé zdravotní pojištění s jeho velkými spoluúčastmi klientů a díky paušálnímu pojistnému. Údaje o jeho nákladnosti (v relaci k HDP) se rozcházejí – od údaje nižšího než průměr zemí OECD až po nejvyšší údaj v tomto směru. Je to ovlivněno i relativní složitostí systému. O většině parametrů rozhodují kantony, včetně delegace jejich pravomoci na obce. Mezi jednotlivými kantony tak existují i velké rozdíly.

Od roku 2006 došlo k rozsáhlé reformě zdravotního zabezpečení v Nizozemsku. Vznikl systém povinného soukromého pojištění, s velmi silnou státní regulací včetně výrazných sociálních prvků. K financování dlouhodobé péče v Nizozemsku slouží především samostatné odvětví „národního pojištění“, již od roku 1968. Od samého počátku je chápáno jako jeden z pilířů zdravotního pojištění; jeho specifickým rysem je úhrada „výjimečných zdravotních výdajů“ (AWBZ). Právě tím, že dlouhodobá péče je finančně náročná, čili že riziko vzniku velmi vysokých výdajů je velké, lze vysvětlit, proč toto pojištění nebylo zahrnuto do povinného soukromého zdravotního pojištění. Finanční spoluúčast klientů je mezinárodně velmi nízká (10 %), příspěvky klientů závisí na příjmu. „Pojistné“, zde vybírané se sazbou 12,65 % ze zdanitelného příjmu obyvatel, je z koncepčního hlediska příkladem uplatnění koncepce tzv. občanského pojištění. Do rozpočtu tohoto systému přispívá velkou měrou, asi třetinou, i stát. Ze systému se hradí i náklady na ubytování klientů v ústavech. Místo věcné dávky může klient zvolit peněžitou dávkou (ve výši 75 % hodnoty věcné dávky); to neplatí pro úhrady léčení a ubytování. Volba peněžitého plnění místo věcné dávky se děje s využitím tzv. osobních rozpočtů, jejichž úkolem je sledovat poskytování dlouhodobé péče, a to i v případě volby peněžitých dávek.

V relaci k HDP jsou výdaje na systém dlouhodobé péče v Nizozemsku na předním místě v rámci zemí OECD. V posledních deseti letech proběhlo vícero reform, kdy se upravoval (zužoval) rozsah dlouhodobé péče pokryté tímto pilířem zdravotního pojištění. Např. od roku 2007 byla domácí péče přesunuta do systému sociální podpory (social support), který je v kompetenci obcí. Systém AWBZ je relativně centralizovaný, všechny výdaje se hradí ze Všeobecného fondu tohoto systému; systém má regionální kanceláře, které fungují při některé ze zdravotních pojišťoven činných v příslušném regionu. Nizozemské univerzální pojištění dlouhodobé péče je sociálním pojištěním v podstatě jen formálně, tento „pilíř zdravotního pojištění“ i navazující sociální služby poskytované obcemi jsou velmi blízké sociálně-demokratickému modelu.

Německo bylo kolébkou konzervativního systému sociálního nemocenského pojištění, v uplynulých letech však došlo k jeho výrazné modifikaci směrem k neoliberalismu. Se zavedením

povinného zdravotního (nemocenského) pojištění v Německu od roku 2009 se „svezlo“ i pojištění dlouhodobé péče – plně následuje osud zdravotního pojištění, včetně organizace. Kdo musí povinně sjednat soukromé zdravotní pojištění, musí povinně sjednat i soukromé pojištění dlouhodobé péče. V analytických a koncepčních materiálech je tomuto novému pojištění dlouhodobé péče věnována malá pozornost. Pokračovaly však diskuse o účelnosti reformy sociálního pojištění dlouhodobé péče. Na přetřes tak opět přišla otázka průběžného kontra fondového systému pojištění dlouhodobé péče a otázka, zda má být toto pojištění sociální či soukromé; včetně toho, zda je účelné či spravedlivé „občanské pojištění“ čili financování veřejných výdajů na dlouhodobou péči účelovou daní z příjmů.

V koaliční smlouvě německé konzervativně-liberální vlády z roku 2009 byla věnována pozornost pojištění dlouhodobé péče: Toto pojištění prý ve formě průběžného financování natrvalo nemůže splnit svou úlohu, garantovat všem občanům spolehlivé dílčí zabezpečení nákladů péče. A vláda hned uvedla řešení tohoto problému: „Potřebujeme tudíž mít, vedle stávajícího průběžného financování, doplněk s kapitálovým financováním, který musí být závazný, individualizovaný a generačně spravedlivý.“

Bräuninger (2011) dospěl k závěru, že privatizace sociálního pojištění dlouhodobé péče je běh na dlouhou trať a že je třeba jednat tak, aby se co nejlépe dosáhlo cíle určeného ve vládní koaliční smlouvě. Stejně jako jiní němečtí autoři označil stávající povinné pojištění dlouhodobé péče jako pojištění částečného kasko, protože – na rozdíl od zdravotního pojištění – kryje jen menší část rizika. A doporučil nejen povinné doplňkové soukromé pojištění dlouhodobé péče, ale i – a to zejména – dobrovolné doplňkové soukromé pojištění této péče s výrazným státním příspěvkem, podle vzoru tzv. Riesterova důchodu. Hlavním jeho argumentem proti povinnosti tohoto „druhého pilíře“ pojištění péče je nutnost doplnění povinného soukromého pojištění péče sociální dávkou, která by sociálně slabším umožnila zaplatit povinné pojistné. Je to zcela stejná argumentace jako v případě nutnosti (stejným způsobem) korigovat zavedení paušálního pojistného v povinném soukromém zdravotním pojištění. Zavést státní dotace je prakticky i politicky prý jednodušší.

Stejně jako jiní autoři, se ani Bräuninger nezabývá otázkou, kdo a z čeho zaplatí zvýšené státní výdaje (na státní příspěvky) – a jaké to bude mít redistribuční a makroekonomické dopady. Jakoby to nebylo důležité. Postup jeho výkladu je následující: Privatizace je nutná, a když bude povinná, tak musí být doprovázena sociální kompenzací. Takže je jednodušší zavést – místo sociální kompenzace – státní příspěvek.

Reforma pojištění dlouhodobé péče byla v Německu realizována zákonem z roku 2011, s účinností od roku 2013. Vláda nakonec místo povinného soukromého pojištění zavedla dobrovolné soukromé doplňkové pojištění dlouhodobé péče se státním příspěvkem, podle vzoru Riester-Rente. Podle téhož vzoru se pro nový produkt běžně užívá slangové označení Pflege-Bahr (Pflege = péče, Bahr = /dnes již bývalý/ ministr zdravotnictví, FDP). Pojištění péče již prý není jako částečné kasko, protože podíl státního příspěvku na celkovém pojistném u mladých činí 33,3 %!

Některé parametry produktu Pflege-Bahr: Minimální příspěvek účastníka je 10 € měsíčně. Státní příspěvek činí 5 € měsíčně, bez ohledu na výši příspěvku účastníka (sociálně orientovaná podpora, leč podstatně menší a jednodušší než u Riesterova důchodu). Pojišťovny musí přijmout do pojištění každého, kdo (aktuálně) nepotřebuje dlouhodobou péči (povinná kontraktace), bez zkoumání zdravotního stavu. Čekací doba může být maximálně 5 let, pokud by vznikla škodní událost před uplynutím sjednané čekací doby, tak se plní až od jejího uplynutí. Produkt musí kryt všechny stupně nesoběstačnosti, minimální plnění ve třetím stupni je 600 € měsíčně. Režijní náklady jsou zastropovány na 10 % z pojistného. Spoor (2013) uvádí tento příklad fungování produktu Pflege-Bahr: Měsíční pojistné činí 11 € pro nového účastníka ve věku 25 let, 18 € ve věku 35 let, 29 € ve věku 45 let s tím, že v případě vzniku pojistné události bude každoměsíční plnění 1550 € při maximálních měsíčních nákladech péče 3200 €.

Na detailní hodnocení produktu Pflege-Bahr je příliš brzo. Objektivně vidíme neoliberalní rukopis, podstatnou státní regulaci, která sama o sobě může produkt prodražit. Individuální hodnocení v německém tisku jsou většinou negativní. Ani soukromé nemocenské pojišťovny se nezdají být

nadšeny. Tarifů je v nabídce ovšem dost. Spoor (2013) tento produkt velmi opatrně doporučuje: pokud by Nizozemsko mělo zvažovat zavedení pojištění dlouhodobé péče, tak by německý model neměl být opominut.

Na rozdíl od zdravotní péče zatím není k dispozici dost analytických podkladů pro hodnocení neoliberálního modelu financování dlouhodobé péče. Per analogiam lze soudit, že tento model je nákladově dražší než model konzervativní a sociálně-demokratický. Trhy pojištění dlouhodobé péče jsou podstatně méně rozvinuty a samotné riziko dlouhodobé péče je podstatně horším pojistným rizikem z pohledu pojišťoven. Jeho pokrytí bude v budoucnu, v podmínkách zvyšujícího se tlaku na solventnost pojišťoven, ještě obtížnější. Neoliberální politika je spojena se zcela zásadní modifikací příslušného trhu, s vysokou úlohou státního dohledu, lobby a dalších aktérů daného systému. Neoliberální model je obvykle spojen s tendencí ke zvyšování nákladů poskytovaných služeb, s vysokými režijními náklady a případně i se státními výdaji na podporu finančních produktů.

5. Univerzální příspěvek na dlouhodobou péči

Zdravotní 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 čekalo déle než na koupi nového auta. Poptávka po tomto umístění rodičů byla mj. posilována nedostatkem bytů.

Dnes je část dlouhodobé péče v Česku poskytována zdravotnickými zařízeními podle pravidel zdravotní péče a její druhá, větší část má od roku 2007 samostatnou právní úpravu zákonem o sociálních službách. 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. Škála těchto poskytovatelů je široká, včetně soukromých a neziskových podniků. Státní ústavy byly převedeny na kraje a obce. Noví zřizovatelé rovněž běžně poskytují dotace na poskytování sociálních služeb. Státní dotace měly být – podle platného zákona – od roku 2012 v zásadě zrušeny s tím, že „kompetence v oblasti financování sociálních služeb z MPSV přejdou plně do samostatné působnosti jednotlivých krajů“. Ministerstvo však nekonalo (s patřičným výsledkem) a termín této reformy byl posunut o 2 roky již dvakrát.

Český příspěvek na péči od roku 2007 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. To je jedním z trendů v zahraničí, nicméně nebylo jasně řečeno, z jakého celkového konceptu financování dlouhodobé péče se vychází. Podle prezentace Sudy (snad 2011) byl „převzat britský model – tedy částečně, bez zásadních pilířů tohoto systému – [což] působí do dnešní doby významné problémy“. Víšek (2012) potvrzuje, že byl chybně vybrán a také chybně interpretován britský koncept sociálních služeb.

Tabulka 2: Sazebník měsíčního příspěvku na péči v Česku od roku 2012

Závislost na pomoci jiné osoby	Počet oblastí běžného života		Příspěvek na péči (Kč)	
	do 18 let	od 18 let	do 18 let	od 18 let
I. lehká	3	3-4	3 000	800
II. středně těžká	4-5	5-6	6 000	4 000
III. těžká	6-7	7-8	9 000	8 000
IV. úplná	8-10	9-10	12 000	12 000

Zdroj: MPSV, vlastní zpracování

Tabulka 2 uvádí aktuální sazebník příspěvku na péči. Příspěvek na péči je důchodem pro všechny nesoběstačné rezidenty. Zavedení příspěvku na péči, resp. reforma sociálních služeb jako celek od roku 2007 skončila fiskálním fiaskem. MPSV očekávalo 175 000 poživatelů příspěvku na péči, skutečný počet v roce 2007 byl 277 000. Meziroční nárůst rozpočtových výdajů na sociální služby se očekával ze 7 mld. Kč na 9 mld. Kč, skutečnost 2007 byla 14,6 mld. Kč a v následujícím roce již 18,3 mld. Kč! Koncem roku 2010 pobíralo příspěvek na péči téměř 305 000 lidí. Pro srovnání: V Rakousku tamní pečovné v roce 2012 dostávalo 440 000 osob!

Objem veřejných výdajů na dlouhodobou péči v relaci k HDP je v Česku ve srovnání s jinými zeměmi OECD přijatelný; nevycházíme přitom z čísel ve statistice OECD, ale z novějších tuzemských pramenů: Podle návrhu věcného záměru zákona upravujícího řešení dlouhodobé péče jde o 1 % HDP. Holmerová (2011) veřejné výdaje odhaduje na 40 mld. Kč ročně a 1,2 % 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. Navíc s vědomím, že v zemi s jednotným příspěvkem na péči (Rakousko) a částečně i v zemi s příspěvkem diferencovaným podle druhu poskytované péče (Německo) je v tomto směru podporována neformální ekonomika, což podhodnocuje veřejné výdaje na dlouhodobou péči – ve srovnání se zeměmi, které tak či onak preferují poskytování služeb před výplatou peněžitéch dávek (Nizozemsko, Švédsko). Švédsko navíc důsledně zdaňuje všechny sociální dávky!

Vzorem pro český příspěvek na péči mohlo být rakouské pečovné (Pflegegeld), zavedené od roku 1993. Toto pečovné je univerzální státní dávkou pro nesoběstačné rezidenty. Jeho účelem je paušální úhrada vícenákladů spojených s dlouhodobou péčí, příspěvek na úhradu nákladů osob potřebujících tuto péči. Tabulka 3 uvádí jeho základní konstrukci a výši. 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 % pečovného. Klientovi přitom náleží měsíční kapesné ve výši 10 % pečovného ve třetím stupni závislosti (44,30 €). Zbytek dávky nenáleží. Agendu pečovného od roku 2012 převzal Penzijní pojišťovací ústav, který je nositelem sociálního důchodového pojištění.

V roce 2007 byl v Rakousku navíc zaveden speciální testovaný příspěvek na 24-hodinovou 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 zaměstnance, tak příspěvek od roku 2009 činí 1100 € měsíčně (je-li jen jeden, tak polovic). Jde-li o 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 €.

Tabulka 3: Příspěvek na dlouhodobou péči v Rakousku od roku 2011

Měsíční potřeba péče v hodinách (minimum)	Měsíční výše dávky
50	154,20 €
75	284,30 €
120	442,90 €
160	664,30 €
180 + mimořádný rozsah péče	902,30 €
180 + trvalý dozor	1 242,00 €
180 + nepohyblivost	1 655,80 €

Zdroj: Bundessozialamt (2014)

Koncepce financování dlouhodobé péče v Rakousku zřetelně upřednostňuje domácí péči před ústavní péčí. V asi 80 % případů je péče poskytována neformálně. Příspěvek na 24-hodinovou péči se snaží reagovat na nejkřiklavější případy nelegálního zaměstnávání. Preference rodinné péče a

neformální ekonomiky vedou k tomu, že rakouský systém má poněkud blíže k „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. Konceptně 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“). Jsou velké rozdíly mezi cenou ústavní péče – od 1000 € až po částky přes 6000 € měsíčně. Velký celorakouský průměr (s výhradou chybějících dat za dvě spolkové země) zdrojů financování ústavní péče v roce 2006 byl: 48 % bylo 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 % pečovného. Ambulantní služby v domácnosti jsou dotovány také podstatným způsobem; klienti hradí „nejméně 27 %“ ceny (Riedel, 2010).

Peněžité dávky dlouhodobé péče lze mezinárodně srovnávat v relaci k průměrné mzdě či k podobným ukazatelům. Podle této relace lze též usuzovat na míru uplatnění toho či onoho modelu. Výše jsme již uvedli nízkou úroveň dávky dlouhodobé péče ve Velké Británii. V Česku, Rakousku a Německu je tomu jinak. Český příspěvek na péči v nejvyšší sazbě 12 000 Kč představoval 64,4 % průměrné čisté mzdy v roce 2011 (18 648 Kč). Německá dávka sociálního pojištění dlouhodobé péče v nejvyšší sazbě 1550 €, popř. 1918 € (v nejtěžších případech) je na úrovni 70,6 %, popř. 87 % průměrné čisté mzdy ve stejném roce 2011 (2196 €). Rakouské pečovné v nejvyšším 7. stupni bezmocnosti 1655,80 € odpovídá 76 % průměrné čisté mzdy v tomtéž roce (2179 €). Při tomto srovnání vychází český příspěvek na dlouhodobou péči relativně mírně nižší než v Německu a v Rakousku. Otázkou je však dostatečná srovnatelnost stupňů závislosti. Optimální metodou srovnání těchto příspěvků by byla relace k ceně poskytovaných služeb, srovnatelné údaje tohoto druhu však nejsou k dispozici.

Příspěvek na dlouhodobou péči je v Rakousku, Německu i Česku zásadní dávkou této péče. Přitom rakouský a český příspěvek se liší na první pohled „jen“ v technickoekonomickém provedení; základní koncepce těchto dvou dávek je stejná a jejich celková významnost je srovnatelná. Německá koncepce je odlišná v diferenciaci výše dávky podle toho, kým a jak je péče poskytována – tímto způsobem se bere na zřetel zejména to, že neformální poskytování služeb není zdaněno. Oproti tomu se rakouská a česká koncepce tváří, jakoby tomu tak nebylo – anebo by mohla argumentovat tím, že produkce či péče v rámci rodiny se obvykle nezdaňuje. Dodatečně zavedený rakouský příspěvek na 24-hodinovou péči svým způsobem narušuje základní koncept pečovného.

Příspěvky na péči v Česku a v Rakousku nezapadají ani do konzervativního modelu, ani do sociálně-demokratického modelu. Přitom univerzální dávka by do sociálně-demokratického modelu mohla zapadat – to by ale musela zapadat do celého sociálního systému a uceleně řešit celý „problém“. To však zřejmě není možné jak s ohledem na charakter dlouhodobé péče (mj. finanční náročnost), tak s ohledem na potřebu koordinace se zdravotní péčí, s penzemi a jinými dávkami a službami. A v neposlední řadě jde i o zdanění všeho druhu a o status poskytovatelů dlouhodobé péče. Chceme-li vzít na zřetel zásadní fiskální rozdíly mezi formálně a neformálně poskytovanou dlouhodobou péčí, tak musíme univerzální příspěvek na péči s českou či rakouskou konstrukcí již z tohoto důvodu odmítnout.

Univerzální příspěvek na dlouhodobou péči podle rakousko-českého vzoru nezapadá do žádného z typických sociálních modelů. Tento příspěvek je příliš paušální a nebere ohled jak na specifika financování dlouhodobé péče, tak ani na sociální systémy používané (ve světě) především ve zdravotní péči. Problém je o to větší, že české zdravotní péči stále chybí jasná volba sociálního modelu, která se vždy výrazně promítá v systému financování zdravotní i dlouhodobé péče.

Závěry

Dlouhodobá péče je relativně novým úsekem sociálního zabezpečení, který se všeobecně neprosadil jako samostatné odvětví tohoto systému. Je to dáno i tím, že tato oblast je v různých zemích a systémech a také různou měrou propojena se souvisejícími odvětvími – především se zdravotní péčí a také se sociální pomocí. V žádné zemi se neuplatňuje nějaký zcela čistý sociální model v celém sociálním systému.

Liberální model financování dlouhodobé péče využívá prioritně systému sociální pomoci, poskytované místní veřejnou správou. Nízké peněžité dávky dlouhodobé péče sice zapadají do moderního liberálního sociálního systému, neřeší však podstatně problematiku financování dlouhodobé péče. Malý praktický význam má i soukromé pojištění dlouhodobé péče. Liberální politika klade velký důraz na testování příjmů a majetku klientů dlouhodobé péče.

Konzervativní model financování dlouhodobé péče řeší problematiku dlouhodobé péče analogicky zdravotní péči, dlouhodobá péče zde „následuje“ zdravotní péči. Do segmentovaného systému sociálního pojištění zapadá průběžně financované pojištění odvětví dlouhodobé péče, poskytující peněžité dávky sloužící k částečné úhradě nákladů této péče.

Sociálně-demokratický model lze naplnit financováním institucí sociální a zdravotní správy, bez jakýchkoliv více či méně univerzálních peněžitých dávek pro klienty. Moderní sociálně-demokratický model respektuje i existenci soukromých a neziskových poskytovatelů dlouhodobé péče, jimž lze poskytovat úhradu za služby pro jednotlivé klienty, návazně na systém financování balíku základní zdravotní péče.

Neoliberální model financování dlouhodobé péče navazuje na neoliberální řešení poskytování a financování zdravotní péče. Dlouhodobá péče zde může být součástí balíku základní zdravotní péče, poskytované především soukromým sektorem, typicky s vyššími spoluúčastmi klientů (i u produktů zdravotního pojištění) a s významnou finální úlohou systému sociální pomoci. Neoliberálním řešením je i výrazná státní podpora těm, kteří si zakoupí dobrovolné pojištění dlouhodobé péče.

Univerzální příspěvek na dlouhodobou péči je příliš paušální formou sociálního zabezpečení nesoběstačných osob. Financování dlouhodobé péče by mělo nejen navazovat na financování zdravotní péče, ale mělo by být srozumitelně skloubeno i s celým systémem peněžitých dávek, především se starobními a invalidními důchody. Tak tomu u nás není. Evropa dává přednost věcným dávkám dlouhodobé péče, nebo peněžitým dávkám šitým na míru stupni závislosti i způsobu poskytování služeb, včetně odpovídající finanční spoluúčasti klientů.

Sznm litrury

- ANGER, H., BERGENER, M. et al. 1974. Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln: Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V., 1974. 32 s.
http://www.kda.de/tl_files/kda/Jubilaem1962%20-%202012/PDFs/Gutachten.pdf
- 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, 2013. 20 s.
<http://www.ecpg-barcelona.com/sites/default/files/Paper%20Auth%20ECPG%20Barcelona%202013-final.pdf>
- BRÄUNINGER, D. 2011. Pflegeversicherung – Aufbau von Vorsorgekapital geboten. Deutsche Bank Research. Aktuelle Themen 510. Frankfurt am Main: Deutsche Bank, 2011. 15 s.
http://www.dbresearch.de/PROD/DBR_INTERNET_DE-PROD/PROD000000000270658/Pflegeversicherung+-+Aufbau+von+Vorsorgekapital+geboten.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit 2014. Pflegegeld. 2014.
http://www.bmg.bund.de/service/medien.html?tx_bmgmedia_pi1%5Bcontent%5D=53554&tx_bmgmedia_pi1%5Bcontroller%5D=Page&cHash=f7c5fafd4615b1b9f73392adc222750c

Bundessozialamt 2014. Pflegegeld. 2014.

<http://www.bundessozialamt.gv.at/basb/Pflege/Pflegegeld>

BUTLER, L., CLAYPOOL, H., FEDER, J. et al. 2013. A Comprehensive Approach to Long-Term Services and Supports. Long-Term Care Commission. September 23, 2013. 20 s.

<http://mspp.georgetown.edu/document/1242802199302/LTCC+Alternative+Report+09.23.13.pdf>

CLASS 2013. CLASS Act Repealed & Federal Long-Term Care Commission Appointed: What's Next? California Health Advocates, 2013. <http://www.cahealthadvocates.org/news/long-term/2013/class-act-repealed-federal-long-term-sales-commission%20appointed.html>

COLOMBO, F. et al. 2011. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing, 2011. 324 s. ISBN 978-92-64-09775-9.

www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted

CREMER, H., PESTIEAU, P., PONTIÉRE, G. 2012. The economics of long-term care: a survey. ECORE Discussion Paper 2012/30. Louvain-la-Neuve: Center for Operations Research and Econometrics, 2012. 29 s. http://www.ecore.be/DPs/dp_1343209359.pdf

Crown 2012. Draft Care and Support Bill. Presented to Parliament by the Secretary of State for Health by Command of Her Majesty, 2012. 149 s. ISBN 978-01-01-83862-7. <http://www.official-documents.gov.uk/document/cm83/8386/8386.pdf>

DAATLAND, S. O. 2012. Population Aging and Long-Term Care: The Scandinavian Case. In: WOLF, D. A., FOLBRE, N. (eds.) 2012. *Universal Coverage of Long-Term Care in the United States. Can We Get There from Here?* Russell Sage Foundation, 2012, s. 103-120. ISBN 978-1-61044-799-7. <https://www.russellsage.org/publications/universal-coverage-long-term-care-united-states>

Destatis 2013. Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung.

Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2013. 28 s.

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschland/ergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile

DILNOT, A., WARNER, N., WILLIAMS, D. J. 2011. Fairer Care Funding: The Report of the Commission on Funding of Care and Support, vol. I, July 2011, 81 s.

http://www.ilis.co.uk/uploaded_files/dilnott_report_the_future_of_funding_social_care_july_2011.pdf

ESPING-ANDERSEN, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press & Princeton: Princeton University Press, 1990. 248 s. ISBN 0-7456-0665-2.

FEINBERG, L., REINHARD, S. C. et al. 2011. Valuing the Invaluable: 2011 Update. The Growing Contributions and Costs of Family Caregiving. AARP Public Policy Institute, 2011. 28 s.

<http://assets.aarp.org/rgcenter/ppi/lc/i51-caregiving.pdf>

FUKUSHIMA, N., ADAMI, J., PALME, M. 2010. The Long-Term Care System For the Elderly in Sweden. ENEPRI Research Report No. 89, June 2010. 17 s. ISBN 978-94-6138-031-9.

[http://www.ancien-](http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20ANCIEN%20RR%20No%2089%20Sweden.pdf)

[longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20ANCIEN%20RR%20No%2089%20Sweden.pdf](http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20ANCIEN%20RR%20No%2089%20Sweden.pdf)

HOLMEROVÁ, I., KOREJSOVÁ, M. 2011. Dlouhodobá péče v České republice.

<http://www.esznam.cz/index.php/legislativa/tema-socialni-reforma/1251-dlouhodob-pece-v-ceske-republice>

HUMPHRIES, R. 2013. Paying for social care: Beyond Dilnot. London: The King's Fund, May 2013. 28 s. http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_summary/social-care-funding-paper-may13.pdf

CHERNOF, B., WARSHAWSKY, M., et al. 2013. Report to the Congress. U.S. Senate, Commission on Long-Term Care. September 30, 2013. 130 s.

<http://www.chhs.ca.gov/OLMDOC/Agenda%20Item%206-%20Commission%20on%20Long-Term%20Care-%20Final%20Report%209-26-13.pdf>

KARLSSON, M., IVERSEN, T., OIEN, H. 2010. Scandinavian long-term care financing. Working Paper 2010:2. University of Oslo, June 2010. 21 s.

http://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2010/2010_2.pdf

- LIPSZYC, B., SAIL, E., XAVIER, A. 2012. Long-term care: Need, use and expenditure in the EU-27. European Economy. Economic Papers 469. European Commission. Directorate-General for Economic and Financial Affairs, November 2012. 87 s. ISBN 978-92-79-22990-9. http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp469_en.pdf
- MPSV (2012). Příspěvek na péči od 1/1/2012. <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/23#1.3>
- Ratgeber zur Pflege 2013. Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen. 10. vydání, 2013. 121 s. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Broschueren/RatgeberPflege_A5_screen_Juni2013.pdf
- RIEDEL, M., KRAUS, M. 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. <http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20RR%2069%20ANCIEN%20Austria%20Rev1.pdf>
- RODRIGUES, R., HUBER, M., LAMURA, G. (eds.) 2012. Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care: Europe and North America. European Centre for Social Welfare Policy and Research: Vienna. 122 s. http://www.euro.centre.org/data/LTC_Final.pdf
- ROTHGANG, H. 2009. *Theorie und Empirie der Pflegeversicherung*. Berlin: LIT Verlag Dr. W. Hopf, 2009. 507 s. ISBN 978-3-8258-1342-0.
- SPOOR, L. 2013. Towards Multi-Pillar Financing of Dutch Long-Term Care for the Elderly? Health and Ageing Newsletter, 2013, č. 28. The Geneva Association (The International Association for the Study of Insurance Economics). 5 s. <https://www.genevaassociation.org/media/77340/GA2013-Health28-Spoor.pdf>
- SUDA, R. 2011. Změny v systému financování sociálních služeb role veřejné správy a sociální práce. Prezentace. Zábřeh, nedatováno. 10 s. <http://www.kp-zabrezsko.cz/uvod/45-konference-predstaveni-2-komunitniho-planu-socialnich-a-navazujicich-sluzeb-v-zabrehu-na-obdobi-2012-2015>
- SHUGARMAN, L. R. 2013. Who Pays for Long-Term Care in the U.S.? (Updated). The SCAN Foundation, January 2013. 4 s. http://www.thescanfoundation.org/sites/thescanfoundation.org/files/who_pays_for_ltc_us_jan_2013_fs.pdf
- SMITH, V. K., GIFFORD, K. et al. 2013. Medicaid in a Historic Time of Transformation: Results from a 50-State Medicaid Budget Survey for State Fiscal Years 2013 and 2014. Report. The Henry J. Kaiser Family Foundation. 132 s. <http://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/10/8498-medicaid-in-a-historic-time3.pdf>
- TRUFFER, CH. J., KLEMM, J. D. et al. 2012. 2012 Actuarial Report On the Financial Outlook for Medicaid. United States Department of Health & Human Services. Centers for Medicare & Medicaid Services. 56 s. <http://medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Financing-and-Reimbursement/Downloads/medicaid-actuarial-report-2012.pdf>
- VÍŠEK, P., PRŮŠA, L. 2012. *Optimalizace sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, Národní centrum sociálních studií, 2012. 130 s. ISBN 978-80-7416-099-8. http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_343.pdf