

Alternativní způsoby a změny ve financování osob závislých na pomoci jiné fyzické osoby

*(Podkladová studie možných změn
financování péče o osoby závislé
na pomoci jiné fyzické osoby)*

Fond dalšího vzdělávání



Obsah

1	Manažerské shrnutí	11
2	Přístup ke zpracování projektu	14
2.1	Přístup k realizaci aktivity A: Analýza současného způsobu financování dlouhodobé péče	14
2.2	Přístup k realizaci aktivity B: Prognóza vývoje počtu na péči závislých osob a jeho vliv na udržitelnost současného systému financování péče	14
2.3	Přístup k realizaci aktivity C: Způsoby financování osob závislých na pomoci jiné fyzické osoby v zahraničí	15
2.4	Přístup k realizaci aktivity D: Popis a srovnání variantních způsobů financování osob závislých a systému sociálních služeb a jejich uplatnitelnosti v podmínkách ČR	17
3	Analýza současného způsobu financování dlouhodobé péče v ČR	18
3.1	Základní principy financování dlouhodobé péče v ČR	18
3.2	Popis systému financování dlouhodobé péče včetně popisu finančních toků	21
3.3	Strategické řízení	32
3.4	Legislativní ukotvení	38
3.5	SWOT analýza systému financování dlouhodobé péče v ČR	39
3.6	Kritéria ovlivňující efektivitu financování osob závislých na pomoci jiné FO	42
4	Prognóza vývoje počtu na péči závislých osob a jeho vliv na udržitelnost současného systému financování péče	46
4.1	Popis demografické struktury	46
4.2	Popis metodologie	47
4.3	Popis dat	47
4.4	Prognóza vývoje výdajů na příspěvek na péči	48
4.5	Prognóza vývoje výdajů na sociální služby	50
4.6	Prognóza vývoje počtu závislých osob (příjemců PnP) a výdajů na PnP	51
4.7	Dopady prognózy výdajů na PnP na státní rozpočet	65
4.8	Závěrečné shrnutí	66
5	Popis a modely vybraných alternativních variant financování, vyhodnocení příkladů dobré praxe ze zahraničí	67
5.1	Úvod	67
5.2	Souhrnné srovnání přístupu k financování dlouhodobé péče ve vybraných zemích Evropské unie	67
5.3	Německo	73
5.4	Rakousko	84
5.5	Nizozemsko	92
5.6	Velká Británie	101
5.7	Švédsko	109

5.8	Dánsko	116
5.9	Doporučení identifikovaná na základě analýzy nejlepší praxe financování dlouhodobé péče v zahraničí a posouzení aplikovatelnosti v podmínkách ČR.....	123
6	Popis a srovnání variantních způsobů financování osob závislých a systému sociálních služeb a jejich uplatnitelnosti v podmínkách ČR	132
6.1	Modelování – metodická část.....	132
6.2	Modelování – analytická část	136
6.3	Dopady aplikace zahraničních zkušeností v oblasti zefektivnění financování péče do ČR.....	157
7	Shrnutí závěrů jednání u kulatých stolů.....	165
8	Doporučení.....	167
9	Použité zdroje.....	172
	Příloha 1: Zdrojové tabulky k prognóze vývoje počtu na péči závislých osob.....	176
	Příloha 2: Analýza vyplacených příspěvků na péči v letech 2011-2015	186
	Příloha 3: Vyjádření expertů účastnících se 1. kulatého stolu k možnostem zapojení alternativních způsobů vycházejících z nejlepší praxe v analyzovaných evropských zemích	206

Seznam pojmů a zkratek

Seznam zkratek

ADL	Activities of daily living (Aktivity denního života)
ALV	Arbeitslosenversicherung (Pojištění pro případ nezaměstnanosti)
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Zákon o mimořádných zdravotních výdajích)
BEP	Bedarfsplan (Poptávkový plán)
BMG	Bundesministerium für Gesundheit (Ministerstvo zdravotnictví)
BPG	Bundespflegegeld (Příspěvek na péči)
BPGG	Bundespflegegeldgesetz (Zákon o příspěvku na péči)
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (Pojišťovna pro veřejné zaměstnance)
BVG	Bundesversorgungsgesetz (Federální ústavní zákon na společné opatření federální vlády a spolkových zemí)
CAK	Centraal Administratiekantoor (Centrální administrativní úřad)
CASS	Serviceleven (Konsolidační zákon o sociálních službách)
CSCI	Commission for Social Care Inspection (Komise pro inspekci sociálních služeb)
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg (Centrum pro hodnocení péče)
CQK	Care Quality Commission (Dohled nad dodržováním kvality u poskytovatelů sociálních služeb)
ČR	Česká republika
DKK	Dánská koruna
DNZS	Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav
HDP	Hrubý domácí produkt
EP	Entwicklungsplan (Rozvojový plán)
EU	Evropská unie
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss (Federální společný výbor zdravotnických pracovníků, nemocnic a zdravotních pojišťoven)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung (Zákonné zdravotní pojištění)
IADL	Instrumental Activities of daily living (Instrumentální aktivity denního života)
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg (Zdravotní inspektorát)
IT	Informační technologie
LTC	Long-term care (Dlouhodobá péče)
LTCI	Long-term care insurance (Pojištění na dlouhodobou péči)
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (Zdravotní služba zdravotních pojišťoven)
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (Lékařská služba Centrálního spolkového svazu zdravotního pojištění)
MF	Ministerstvo financí
Mil.	milion
Mld.	miliarda
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NCS	National Care Service (Národní síť péče)

NIS	National Indicator Set (Národní závazné indikátory)
NZA	Nederlandse Zorgautoriteit (Národní zdravotnický úřad)
OECD	Organisation for economic cooperation and development (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)
ORP	Obec s rozšířenou působností
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
PAYG	Pay as you go (Průběžný systém financování)
PGB	Persoongebonden budget (Osobní rozpočet)
PnP	Příspěvek na péči
PV	Pflegeversicherung (Sociální pojištění péče)
RV	Rentenversicherung (Důchodové pojištění)
SEK	Švédská koruna
SGB	Sozialgesetzbuch (Sociální zákon)
SoL	Socialtjänstlagen (Zákon o sociálních službách)
UK	United Kingdom (Spojené království)
ÚP	Úřad práce
UV	Unfallversicherung (Zákonné úrazové pojištění)
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerstvo zdravotnictví, prosperity a sportu)
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Zákon o sociální podpoře)
ZVW	Zorgverzekeringswet (Zákon o zdravotním pojištění)
ZŽP	Základní životní potřeby

Seznam pojmů

Neformální pečovatel	Osoba poskytující péči jiné osobě, zejména osobě blízké. Poskytování péče nevykonává jako svoje zaměstnání ¹
Neformální péče	Péče osobám závislým na péči jiné osoby poskytovaná neformálními pečovateli
Profesionální péče	Péče osobám závislým na péči jiné osoby poskytovaná registrovanými poskytovateli sociálních služeb (označována rovněž formální péče)
PAYG (Pay-as-you-go)	Průběžný systém financování
Sociální péče (těž péče)	Nástroj sociální ochrany vytvořený státem pro případ sociální události spočívající v nedostatku příjmu způsobeném nepříznivou sociální situací jako důsledku neschopnosti zabezpečit své potřeby a potřeby osob závislých vlastním přičiněním, zejména vlastní výdělečnou činností.

¹ Definice neformálního pečovatele v ČR není zavedena. Definice neformálního pečovatele v analyzovaných státech jsou uvedeny v kapitole 2.2 Souhrnné srovnání přístupu k financování dlouhodobé péče ve vybraných zemích Evropské unie.

Seznam tabulek, obrázků, grafů a rovnic

Seznam tabulek

<i>Tabulka 1: Dopady zvažovaných variant na financování dlouhodobé péče</i>	12
<i>Tabulka 2: Seznam oslovených institucí a status odpovědí</i>	16
<i>Tabulka 3: Benefity pro příjemce a poskytovatele dlouhodobé péče</i>	19
<i>Tabulka 4: Vývoj jednotlivých kategorií výdajů na péči v letech 2007-2012</i>	20
<i>Tabulka 5: Vývoj výdajů na sociální služby v kapitole MPSV státního rozpočtu</i>	25
<i>Tabulka 6: Vývoj vyplaceného PnP</i>	28
<i>Tabulka 7: Vývoj vyplaceného PnP a počtu příjemců mezi lety 2011 – 2014 ženy</i>	28
<i>Tabulka 8: Vývoj vyplaceného PnP a počtu příjemců mezi lety 2011 – 2014 muži</i>	29
<i>Tabulka 9: Vývoj výše vyplaceného příspěvku na péči dle jednotlivých krajů v meziročním srovnání 2011 a 2014</i>	29
<i>Tabulka 10: Vývoj počtu příjemců meziroční srovnání 2011 – 2014 dle jednotlivých regionů</i>	31
<i>Tabulka 11: Podíl opečovávaných na celkovém počtu obyvatel kraje</i>	32
<i>Tabulka 12: Druhy sociálních služeb poskytovaných v ČR, stav k 31. 12. 2012</i>	35
<i>Tabulka 13: Náklady na jednu osobu a měsíc ve vybraných pobytových zařízeních za předpokladu, že každý uživatel čerpá službu po celý rok</i>	36
<i>Tabulka 14: Služby upravené touto vyhláškou a vztahující se k čerpání PnP</i>	37
<i>Tabulka 15: Možné scénáře možnosti financování vybraných sociálních služeb z PnP FO (Vlastní zpracování)</i>	38
<i>Tabulka 16: SWOT analýza systému financování dlouhodobé péče v ČR</i>	39
<i>Tabulka 17: Popis atributů SWOT analýzy</i>	39
<i>Tabulka 18: Demografická struktura</i>	46
<i>Tabulka 19: Srovnání klíčových ukazatelů v oblasti financování a poskytování dlouhodobé péče v analyzovaných státech a ČR (Zdroj: Kompilace zdrojů mapujících systémy financování dlouhodobé péče v analyzovaných zemích)</i>	68
<i>Tabulka 20: Benefity pro příjemce a poskytovatele dlouhodobé péče</i>	74
<i>Tabulka 21: Hlavní ukazatele financování dlouhodobé péče v Německu</i>	75
<i>Tabulka 22: Počet příjemců dlouhodobé péče a neformálních pečovateli</i>	75
<i>Tabulka 23: Silné a slabé stránky financování dlouhodobé péče v Německu</i>	82
<i>Tabulka 24: Benefity pro příjemce a poskytovatele dlouhodobé péče</i>	85
<i>Tabulka 25: Hlavní ukazatele financování dlouhodobé péče v Rakousku</i>	86
<i>Tabulka 26: Počet příjemců dlouhodobé péče a neformálních pečovateli</i>	86

<i>Tabulka 27: Stupně závislosti v Rakousku</i>	89
<i>Tabulka 28: Silné a slabé stránky financování dlouhodobé péče v Rakousku</i>	91
<i>Tabulka 29: Benefity pro příjemce a poskytovatele dlouhodobé péče</i>	92
<i>Tabulka 30: Hlavní ukazatele financování dlouhodobé péče v Nizozemsku</i>	94
<i>Tabulka 31: Počet příjemců dlouhodobé péče a neformálních pečovatelů</i>	94
<i>Tabulka 32: Silné a slabé stránky financování dlouhodobé péče v Nizozemsku</i>	99
<i>Tabulka 33: Benefity pro příjemce a poskytovatele dlouhodobé péče</i>	102
<i>Tabulka 34: Hlavní ukazatele financování dlouhodobé péče ve Velké Británii</i>	103
<i>Tabulka 35: Počet příjemců dlouhodobé péče a neformálních pečovatelů</i>	104
<i>Tabulka 36: Silné a slabé stránky financování dlouhodobé péče ve Velké Británii</i>	108
<i>Tabulka 37: Benefity pro příjemce a poskytovatele dlouhodobé péče</i>	110
<i>Tabulka 38: Hlavní ukazatele financování dlouhodobé péče ve Švédsku</i>	111
<i>Tabulka 39: Počet příjemců dlouhodobé péče a neformálních pečovatelů</i>	111
<i>Tabulka 40: Silné a slabé stránky financování dlouhodobé péče ve Švédsku</i>	115
<i>Tabulka 41: Benefity pro příjemce a poskytovatele dlouhodobé péče</i>	116
<i>Tabulka 42: Hlavní ukazatele financování dlouhodobé péče v Dánsku</i>	117
<i>Tabulka 43: Počet příjemců dlouhodobé péče a neformálních pečovatelů</i>	118
<i>Tabulka 44: Silné a slabé stránky financování dlouhodobé péče v Dánsku</i>	122
<i>Tabulka 45: Doporučení vhodnosti implementace vybraných aspektů systémů financování dlouhodobé péče v analyzovaných zemích do podmínek ČR</i>	123
<i>Tabulka 46: Popis sledovaných atributů</i>	135
<i>Tabulka 47: Předpoklady modelů</i>	136
<i>Tabulka 48: Výsledky simulace - základní scénář</i>	137
<i>Tabulka 49: Výdaje na systém péče (základní scénář)</i>	138
<i>Tabulka 50: Sledované atributy (základní scénář)</i>	140
<i>Tabulka 51: Předpoklady modelu (povinné veřejné pojištění)</i>	141
<i>Tabulka 52: Sledované atributy (povinné veřejné pojištění na péči – komparace se základním scénářem)</i>	142
<i>Tabulka 53: Předpoklady modelu soukromého pojištění</i>	146
<i>Tabulka 54: Deficit systému péče v letech 2015 - 2024 (v mld. Kč)</i>	147
<i>Tabulka 55: Deficit systému péče v letech 2025 - 2064 (v mld. Kč)</i>	147
<i>Tabulka 56: Srovnání dopadů variant financování v členění dle zdroje financování</i>	147
<i>Tabulka 57: Sazba pojistného ze zdanitelných příjmů v příštích deseti letech v závislosti na výši ročních vládních výdajů a rozhodného věku pro povinnost odvádět pojistné</i>	148
<i>Tabulka 58: Sledované atributy (soukromé pojištění na péči – komparace se základním scénářem)</i>	149
<i>Tabulka 59: Modelace základních ukazatelů v závislosti od sazby pojistného</i>	151
<i>Tabulka 60: Sledované atributy (povinné veřejné a soukromé pojištění – komparace se základním scénářem)</i>	151
<i>Tabulka 61: Komparace zvažovaných variant</i>	154

Tabulka 62: Multikriteriální komparace	156
Tabulka 63: Souhrn zahraničních zkušeností	157
Tabulka 64: Dodatečné veřejné výdaje podle typu péče (v Kč/měsíc)	158
Tabulka 65: Opatření doporučená na základě zahraničních zkušeností	159
Tabulka 66: Dopady opatření do počtů uživatelů jednotlivých typů služeb péče	160
Tabulka 67: Dopady opatření do veřejných výdajů mimo PnP	160
Tabulka 68: Nefinanční podpora neformálních pečovatелů	163
Tabulka 69: Posouzení vhodnosti aplikace zahraničních zkušeností v ČR	163
Tabulka 70: Základní parametry modelů financování péče	169
Tabulka 71: Doporučená opatření - úspory a efektivita	170

Seznam obrázků

Obrázek 1: Schéma organizace českého systému financování dlouhodobé péče	20
Obrázek 2: Schéma organizace německého systému financování dlouhodobé péče	74
Obrázek 3: Schéma organizace rakouského systému financování dlouhodobé péče	85
Obrázek 4: Schéma organizace nizozemského systému financování dlouhodobé péče	93
Obrázek 5: Schéma organizace německého systému financování dlouhodobé péče	103
Obrázek 6: Schéma organizace švédského systému financování dlouhodobé péče	110
Obrázek 7: Schéma organizace dánského systému financování dlouhodobé péče	117

Seznam grafů

Graf 1: Dopad zvažovaných variant financování dlouhodobé péče na veřejné výdaje	12
Graf 2: Poměr výdajů na péči dle zdrojů financování (v mld. Kč)	21
Graf 3: Vývoj výdajů na PnP v letech 2007 – 2014 v mld. Kč	28
Graf 4: Výdaje na PnP, střední vývoj demografie, inflace 1,5%, v mld. Kč	48
Graf 5: Výdaje na PnP, střední vývoj demografie, inflace 1,5% a rostoucí pravděpodobnost výskytu disability, v mld. Kč	49
Graf 6: Výdaje na PnP, vysoký vývoj demografie, inflace 1,5% a rostoucí pravděpodobnost výskytu disability, v mld. Kč	49
Graf 7: Vliv různých hodnot inflace na výdaje na PnP, v Kč	49
Graf 8: Výdaje na sociální služby, střední vývoj demografie, inflace 1, 5%, v Kč	50
Graf 9: Výdaje na sociální služby, střední vývoj demografie, inflace 1, 5% a rostoucí pravděpodobnost výskytu disability, v Kč	51
Graf 10: Výdaje na sociální služby, vysoký vývoj demografie, inflace 1, 5% a rostoucí pravděpodobnost výskytu disability, v Kč	51
Graf 11: Počet osob podle pohlaví, stupeň závislosti 1	52
Graf 12: Počet osob podle pohlaví, stupeň závislosti 2	52
Graf 13: Počet osob podle pohlaví, stupeň závislosti 3	52
Graf 14: Počet osob podle pohlaví, stupeň závislosti 4	53

Graf 15: Počet příjemců PnP ve věkové kategorii 1-18 dle stupně závislosti	54
Graf 16: Počet příjemců PnP ve věkové kategorii 19-65 dle stupně závislosti	54
Graf 17: Počet příjemců PnP ve věkové kategorii 66+ dle stupně závislosti	54
Graf 18: Počet příjemců PnP, pobytové služby, věková kategorie 1-18	55
Graf 19: Počet příjemců PnP, pobytové služby, věková kategorie 19-65	55
Graf 20: Počet příjemců PnP, pobytové služby, věková kategorie 66+	56
Graf 21: Počet příjemců PnP, ostatní registrované služby, věková kategorie 1-18	56
Graf 22: Počet příjemců PnP, ostatní registrované služby, věková kategorie 19-65	57
Graf 23: Počet příjemců PnP, ostatní registrované služby, věková kategorie 66+	57
Graf 24: Počet příjemců PnP, neregistrovaní poskytovatelé, věková kategorie 1-18	58
Graf 25: Počet příjemců PnP, neregistrovaní poskytovatelé, věková kategorie 19-65	58
Graf 26: Počet příjemců PnP, neregistrovaní poskytovatelé, věková kategorie 66+	59
Graf 27: Výdaje na PnP ve věkové kategorii 1-18 dle stupně závislosti, v Kč	60
Graf 28: Výdaje na PnP ve věkové kategorii 19-65 dle stupně závislosti, v Kč	61
Graf 29: Výdaje na PnP ve věkové kategorii 66+ dle stupně závislosti, v Kč	61
Graf 30: Výdaje na PnP, pobytové služby ve věkové kategorii 1-18, v členění dle stupně závislosti...	62
Graf 31: Výdaje na PnP, pobytové služby ve věkové kategorii 19-65, v členění dle stupně závislosti.	62
Graf 32: Výdaje na PnP, pobytové služby ve věkové kategorii 66+, v členění dle stupně závislosti	63
Graf 33: Výdaje na PnP, neregistrovaní poskytovatele ve věkové kategorii 1-18, v členění dle stupně závislosti	63
Graf 34: Výdaje na PnP, neregistrovaní poskytovatele ve věkové kategorii 19-65, v členění dle stupně závislosti	64
Graf 35: Výdaje na PnP, neregistrovaní poskytovatele ve věkové kategorii 66+, v členění dle stupně závislosti	64
Graf 36: Tři scénáře výdajů na PnP, absolutní výše (v Kč)	66
Graf 37: Tři scénáře výdajů na PnP, relativní změna	66
Graf 38: Podíl osob starších 65 let na populaci v letech 1990 – 2014 (Zdroj: Databáze Světové banky)	70
Graf 39: Očekávaný versus preferovaný způsob péče v případě vzniku závislosti	71
Graf 40: Dlouhodobý výhled veřejných výdajů na sociální služby (v mld. Kč)	132
Graf 41: Vývoj počtu příjemců PnP v letech 2015 - 2019 (základní scénář)	137
Graf 42: Vývoj počtu příjemců PnP v letech 2015 - 2064 (základní scénář)	137
Graf 43: Vývoj celkových výdajů na péči v letech 2015 - 2019 (základní scénář)	138
Graf 44: Vývoj celkových výdajů na péči v letech 2015 - 2064 (základní scénář)	139
Graf 45: Vývoj veřejných výdajů na péči v letech 2015 - 2019 (základní scénář)	139
Graf 46: Vývoj veřejných výdajů na péči v letech 2015 - 2064 (základní scénář)	140
Graf 47: Sazby pojistného z hrubé mzdy a relativní výše veřejných výdajů vůči HDP v letech 2015 - 2064 (pojištění)	143
Graf 48: Sledované atributy - veřejné pojištění	143

<i>Graf 49: Sledované atributy - soukromé pojištění</i>	149
<i>Graf 50: Sledované atributy – kombinace veřejného a soukromého pojištění</i>	152
<i>Graf 51: Dlouhodobý výhled veřejných výdajů dle jednotlivých variant (v mld. Kč)</i>	154
<i>Graf 52: Přebytek plánovaných veřejných výdajů ve výši 0,77 % HDP v dlouhodobém výhledu dle jednotlivých variant (v mld. Kč)</i>	155
<i>Graf 53: Dlouhodobý výhled soukromých výdajů dle jednotlivých variant (v mld. Kč)</i>	155
<i>Graf 54: Dlouhodobý výhled financování systému služeb dlouhodobé péče (v mld. Kč)</i>	156
<i>Graf 55: Původní struktura poskytovaných služeb péče</i>	160
<i>Graf 56: Nová proporce využívaných služeb péče</i>	160
<i>Graf 57: Náročnost a přínos navrhovaných opatření</i>	168

Seznam rovnic

<i>Rovnice 1: Výdaje státního rozpočtu na péči a odvozená podmínka dostatečnosti systému.....</i>	141
<i>Rovnice 2: Financování péče z povinného pojištění</i>	141
<i>Rovnice 3: Výpočet sazeb pojistného ekonomicky aktivních subjektů a pojistného za státní pojištění</i>	141
<i>Rovnice 4: Financování péče z povinného pojištění (viz Rovnice 3)</i>	144
<i>Rovnice 5: Financování péče ze soukromých úspor.....</i>	144
<i>Rovnice 6: Výpočet výše disponibilních úspor</i>	144
<i>Rovnice 7: Výpočet hodnoty výdajů na péči k okamžiku prvního výdaje</i>	144
<i>Rovnice 8: Podmínka udržitelnosti systému financování i péče z povinného soukromého spoření... </i>	145
<i>Rovnice 9: Anuitní úhrada služeb péče</i>	146
<i>Rovnice 10: Deficit systému péče financovaného prostřednictvím soukromého pojištění</i>	146
<i>Rovnice 11: Rovnovážné pojistné</i>	148
<i>Rovnice 12: Finanční dostatečnost systému pojištění</i>	150
<i>Rovnice 13: Stanovení výše pojistného</i>	153

1 Manažerské shrnutí

Vzhledem ke stárnutí populace, přetrvávající tendenci rozpadu tradičních rodin a rostoucímu počtu na péči závislých osob se zvyšuje i nákladovost financování péče. Cílem studie „Alternativní způsoby a změny ve financování osob závislých na pomoci jiné fyzické osoby“, zpracované v rámci projektu Podpora neformálních pečovatелů, realizovaného Fondem dalšího vzdělávání, je porovnat současný způsob financování dlouhodobé péče o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby s existujícími vybranými alternativami a nalézt nejvhodnější způsob financování odpovídající požadavkům dlouhodobé udržitelnosti, efektivity a dostupnosti pro všechny potřebné osoby. Výsledná studie bude sloužit jako podklad pro návrh změn ve financování péče o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby.

V rámci projektových prací Zpracovatel zmapoval a vyhodnotil současný stav financování a poskytování dlouhodobé péče a zmapoval systémy financování dlouhodobé péče ve vybraných evropských zemích (Německo, Rakousko, Nizozemsko, Velká Británie, Švédsko a Dánsko). V rámci studie byl rovněž vytvořen prognostický model vývoje počtu osob závislých na pomoci jiné osoby do roku 2040 a popis dopadů, které předpokládaný vývoj může mít na finanční rozpočet státu, na fungování systému sociálních služeb, na jejich financování a v souvislosti s tím i na situaci a postavení pečujících a na péči závislých osob. V souladu s požadavky Zadavatele a s využitím poznatků z analytické fáze projektu namodeloval Zpracovatel požadavky na financování dlouhodobé péče v případě zachování stávajícího multizdrojového financování a 3 alternativních modelů: (1) Pojištění na péči (povinné veřejné), (2) Povinné soukromé pojištění na péči a (3) Kombinace pojištění na péči a dobrovolného spoření. Závěry studie ohledně doporučeného modelu financování i dílčích opatření zaměřených na zefektivnění systému financování dlouhodobé péče byly diskutovány a validovány o názory expertů na dlouhodobou péči a pojištění v ČR².

Základním předpokladem zpracování alternativních modelů financování dlouhodobé péče bylo zachování dostupnosti péče v současném rozsahu. Při zpracování predikce počtu na péči závislých osob a výdajů na dlouhodobou péči byl po domluvě se Zadavatelem použitý střední demografický scénář zohledňující 1,5 %-ný růst inflace. Náklady na financování péče do roku 2064 byly odhadnuty posunem po demografické křivce, přičemž výchozími byly stávající náklady na financování dlouhodobé péče. Omezením uvedené predikce je skutečnost, že současné náklady jsou řadou odborníků hodnocené jako nedostatečné³ a jako takové předpokládají podfinancovanost budoucího systému.

Jak vyplývá z analýzy současného systému financování dlouhodobé péče a názorů expertů sesbíraných během realizace projektu současný systém (za předpokladu zachování podílu veřejných výdajů na dlouhodobou péči na HDP) účelové financování péče neřeší. Zavedení kteréhokoli ze zvažovaných systémů, již bude v prostředí ČR zcela novým elementem, bude mít na veřejné výdaje pozitivní dopad. Analýza jednotlivých variant nedala důvod k jednoznačnému zamítnutí žádné z nich.

² Předmětných diskuzí realizovaných formou kulatých stolů se účastnili zástupci veřejných institucí aktuálně nebo potenciálně zapojených do poskytování a financování dlouhodobé péče (zástupci MPSV, MZ, MF, Úřadu vlády, Úřadu práce, sociálních odborů krajských úřadů, VZP, ÚZIS), zástupci soukromých pojišťovacích institucí (Kooprativa, Česká pojišťovna, ČSOB pojišťovna), zástupci poskytovatelů sociálních služeb, zástupci neformálních pečovatелů, závislých osob, neziskových organizací a dalších zainteresovaných subjektů (Národní rada zdravotně postižených, Unie zaměstnaneckých svazů ČR).

³ Dle tvrzení expertů je systém financován „na riziko“.

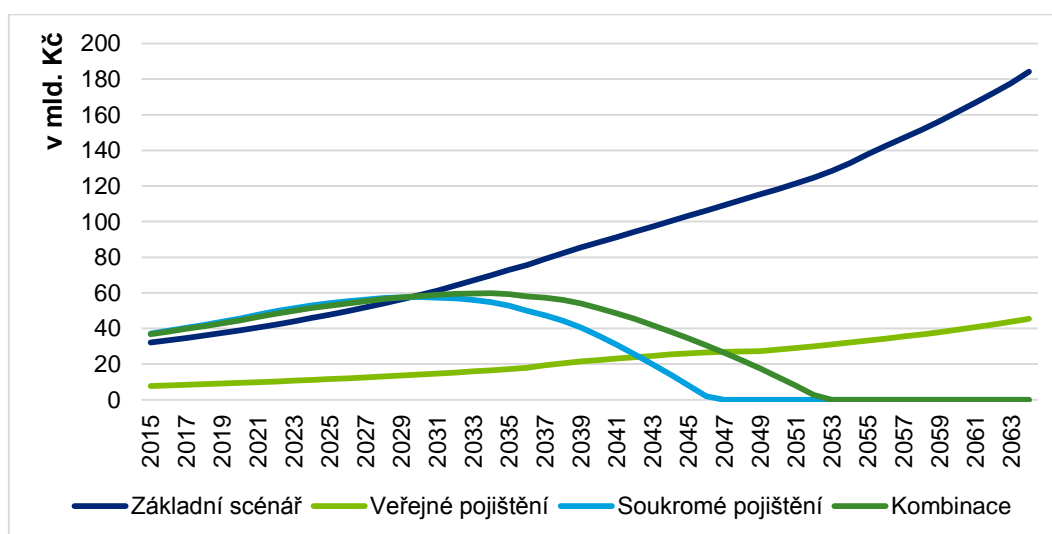
Jedná se o opatření ve veřejném zájmu, v úvahu je proto nutno vzít více faktorů, než jen ekonomickou racionalitu. Základní dopady zvažovaných variant financování dlouhodobé péče z pohledu jednotlivých zdrojů financování jsou shrnuty v tabulce níže.

Tabulka 1: Dopady zvažovaných variant na financování dlouhodobé péče

	Základní scénář	Veřejné pojištění	Soukromé pojištění	Kombinace pojištění a spoření
				(v mld. Kč)
Veřejné výdaje 2015-2019	173,76	42,2	202,19	199,19
Veřejné výdaje 2015-2044	1833,16	448,5	1373,81	1522,33
Přebytek (nedostatek) veřejných výdajů 2015-2019	0,72	132,27	-27,71	-24,71
Přebytek (nedostatek) veřejných výdajů 2015-2044	252,26	1636,93	711,61	563,1
Soukromé výdaje 2015-2019	63,34	63,34	0	0
Soukromé výdaje 2015-2044	681,33	681,33	802,96	602,22
Zatížení práce - pojištění	0	1,80%	2,00%	2,00 %
Zatížení práce - spoření	0	0	2,00%	2,00 %
Rok dosažení	n.a.	n.a.	2050	2053

Z pohledu celkových veřejných výdajů za sledované období se jednoznačně nejlépe jeví **varianta povinného veřejného pojištění**. Zavedení soukromého spoření, ať už v kombinaci s veřejným pojištěním či nikoli, má z pohledu státního rozpočtu investiční charakter a je spojeno se zvýšením výdajů na počátku a velmi výraznou úsporou nákladů v budoucnu. Veřejné výdaje variant pouhého a kombinovaného soukromého pojištění se v krátkém období liší minimálně, což je způsobeno podobnou výší vybraného pojistného do veřejného systému v obou modelovaných případech. Ve střednědobém horizontu dochází k největším úsporám veřejných výdajů v případě ryze soukromého pojištění. Srovnání jednotlivých variant z pohledu veřejných výdajů je prezentováno na grafu níže. Systém pojištění i spoření má navíc mechanismy umožňující přebytkové hospodaření. Akumulované prostředky tak může stát využít jako rezervu na financování péče v budoucnosti pro případ nižšího výběru pojistného, případně na realizaci systematických projektů zaměřených na zvyšování efektivnosti nebo kvality poskytování dlouhodobé péče.

Graf 1: Dopad zvažovaných variant financování dlouhodobé péče na veřejné výdaje



Nad rámec reformních opatření zaměřených na změnu financování dlouhodobé péče doporučuje Zpracovatel vzhledem k rychlejší a jednodušší proveditelnosti realizovat prvně dílčí opatření zaměřená na zefektivnění a zvýšení kvality dlouhodobé péče. Z výsledků analýzy vyplývá, že poskytování péče v domácím prostředí ze strany rodinných příslušníků a známých (neformální péče) je spojeno s výrazně nižšími náklady než poskytování institucionální péče. Z tohoto důvodu by měla být opatření na podporu dlouhodobé péče směřována z velké části na podporu neformálních pečovatелů.

Další dílčí opatření zaměřená na zefektivnění financování a poskytování dlouhodobé péče identifikovaná na základě analýzy zahraničních zkušeností a potvrzena v rámci diskuze odborníků na dané téma jsou následující:

- ✓ **Diferenciace výše PnP dle typu přijímané péče**
- ✓ **Přímé výplaty neformálním pečovatелům**
- ✓ **Zavedení přechodového příspěvku** v průběhu trvání posudkového řízení o přidělení příspěvku na péči
- ✓ **Zavedení hmotných dávek**
- ✓ **Nefinanční podpora neformálních pečovatелů:**
 - **Podpora mladých pečovatелů**
 - **Podpora „neviditelných“ pečovatелů⁴**
 - **Counselling** – přidělení koordinátora péče neformálním pečovatелům zodpovídajícího otázky v oblasti sociální i zdravotní péče
 - **Podpora volnočasových aktivit pečovatелů**
 - **Call centrum** – telefonická asistence
 - **Care and case managemet** – nastavení individuálních plánů sociální a zdravotního na základě koordinovaného posouzení potřeb
 - **Komunitní přístup, posílení role obce jako kontaktního místa pro potřeby dlouhodobé péče**
 - **Institut náhradní péče, výpomoc v domácnosti**
 - **Zaměstnanecké benefity pro neformální pečovatele (pečovatelská dovolená, flexibilní pracovní úvazky)**
- ✓ **Podpora asistivních technologií při poskytování domácí péče**
- ✓ **Vytvoření speciálního fondu na financování systematických projektů**

⁴ Lidé pečující o osobu nepobírající příspěvek na péči jsou z pohledu sociálního systému neviditelní, i když čelí stejným problémům jako ostatní pečovatелé. Často se jedná o seniory pečující o manžela/manželku. Této skupině se v současné době nedostává žádných benefitů

2 Přístup ke zpracování projektu

2.1 Přístup k realizaci aktivity A: Analýza současného způsobu financování dlouhodobé péče

Hlavním cílem aktivity A je představení současného systému financování a poskytování služeb dlouhodobé péče v prostředí České republiky včetně identifikace nejzásadnějších nedostatků stávajícího systému.

V rámci zpracování analýzy byly využity zejména následující dokumenty a datové zdroje:

- **Právní úprava upravující oblast dlouhodobé péče** – zejména zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
- **Dosud zpracované analýzy a studie** – např. výstupy Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí, výstupy projektu Podpora procesů v sociálních službách⁵, výstupy projektu Podpora neformálních pečovatelů
- **Statistické výstupy z databáze MPSV** evidující vyplácené sociální dávky (PnP) v systému OKstat a výstupy výkaznictví poskytovatelů sociálních služeb
- **Statistické ročenky MPSV ČR**

Na základě provedené analýzy byl zpracován komplexní popis financování dlouhodobé péče, byla zpracována SWOT analýza a byla vydefinována a popsána kritéria ovlivňující efektivitu financování osob závislých na pomoci jiné fyzické osoby.

Hlavní zjištění a závěry analýzy byla doplněná o poznatky expertů na oblasti financování a poskytování dlouhodobé péče sdělena v rámci kulatého stolu k výstupům analytické fáze projektu.

2.2 Přístup k realizaci aktivity B: Prognóza vývoje počtu na péči závislých osob a jeho vliv na udržitelnost současného systému financování péče

Analýza a prognóza vývoje počtu na péči závislých osob a jeho vlivu na udržitelnost stávajícího systému financování dlouhodobé péče vychází z oficiální demografické predikce podle ČSÚ a z dynamického mikrosimulačního důchodového modelu využívaného MPSV pro predikci budoucího vývoje důchodového systému České republiky.

Zpracovatel po pečlivé analýze časových řad došel k závěru, že na jejich základě nelze konstruovat žádný statisticky signifikantní nástroj pro tvorbu předpovědi na období 2015 až 2040. V rámci příprav predikce bylo původně zvažováno využití metod Markov Chain Monte Carlo, případně příbuzných statistických metod. Nedostatečná dimenzionalita dat a neexistence vhodného kvazi-experimentálního designu, který by umožnil vyšší variabilitu dat, tento postup neumožnil. Vzhledem k relativně krátké časové řadě zkoumaných empirických dat byl rovněž odmítnut postup s využitím metod ARIMA, respektive GARCH. Na druhou stranu Zpracovatel identifikoval velké množství faktorů, které ovlivňují výši sledovaných výdajů. Z tohoto důvodu postavil prognózu výdajů následujícím způsobem:

- Scénářově modeloval vývoj faktorů, které ovlivňují výdaje, a pak na základě jejich namodelovaných hodnot určil výdaje samotné. Jako signifikantní faktory identifikoval věk opečovávaného, pohlaví a stupeň závislosti.

⁵ Informace o projektu dostupné na <http://podporaprocesu.cz/>.

- V souladu s literaturou je modelována také dynamika pravděpodobnosti výskytu disability v populaci ČR a to v časovém úseku let 2015 až 2040. Pro jednoduchost je tato dynamika reprezentována rovnoměrným růstem pravděpodobnosti výskytu disability o jeden procentní bod ročně během sledovaného období let 2015 až 2040. Parametr pravděpodobnosti výskytu disability se vztahuje k celkovému počtu příjemců PnP, předpokládáme, že tento počet poroste v souladu s růstem výskytu disability. Takto stanovená hodnota parametru pravděpodobnosti výskytu disability je v souladu s konvenčními odhady, které lze najít v odborné literatuře (více na toto konkrétní téma např. Gruber a Kubik (1997)) .
- Zpracovatel uvažoval 3 modelovací scénáře:
 - Scénář 1: Standardní základní „baseline“ scénář se střední demografií a inflací na úrovni 1,5 %
 - Scénář 2: Scénář se střední demografií a inflací na úrovni 1,5 %, navýšený o rostoucí incidenci zdravotního postižení celé populace
 - Scénář 3: Krizový scénář s vysokou demografií a inflací na úrovni 1,5 %, navýšený o rostoucí incidenci zdravotního postižení celé populace
- Jako základní scénář respektive referenční parametrizace pro prognostickou část byla v souladu s přáním Zadavatele zvolena varianta, kterou lze popsat těmito hodnotami klíčových parametrů:
 - Střední demografický vývoj dle ČSÚ (totožný s tím, jaký je implementován v rámci Dynamického mikrosimulačního modelu);
 - Inflace na úrovni 1,5 % v průběhu celého období;
 - Konstantní pravděpodobnosti výskytu disability. Zde se tedy pravděpodobnost výskytu disability ve sledovaném období nemění

Zdrojem analyzovaných dat byly výhradně soubory mikroekonomických statistik poskytnutých pro účely tohoto projektu Zadavatelem. Konkrétně data o PnP byla vypočtena 16. 5. 2015 z dat agregovaných pro příslušné měsíce. Informace o výši výdajů na sociální služby mimo PnP byla čerpána z Výkaznictví MPSV za roky 2010-2012.

2.3 Přístup k realizaci aktivity C: Způsoby financování osob závislých na pomoci jiné fyzické osoby v zahraničí

Hlavním cílem aktivity C je představení vybraných zahraničních států jako příkladů dobré praxe financování dlouhodobé péče. Státy byly vybrány po dohodě s Objednavatelem, přičemž byly zvoleny státy reprezentující tři různé přístupy k financování sociální péče (podpůrný model, model rodinné péče a model státní odpovědnosti). Pro účely analýzy tak byly vybrány následující státy:

- **Německo** – reprezentuje model státní podpory přes pojištění dlouhodobé péče;
- **Rakousko** – obdoba německého systému, ale bez soukromých poskytovatelů;
- **Nizozemsko** – využívá pojistný fond pro financování dlouhodobé péče, který v roce 2015 kompletně reformoval;
- **Velká Británie** – využívá liberální model zaměřený na rodinnou odpovědnost;
- **Švédsko, Dánsko** – představitelé Skandinávského modelu, kde je financování z velké části úlohou státu.

Data o polovině sledovaných zemí (Německo, Velká Británie a Švédsko) byla čerpána z komparativní rešerše poskytnuté Objednavatelem a doplněná o dodatečné informace. Analýza dalších 3 států (Rakousko, Dánsko a Nizozemsko) byla zpracována na základě veřejně dostupných dokumentů, informací a dat poskytnutých ze strany oslovených institucí. Tato část zahrnuje kromě popisu systému financování péče osob závislých na pomoci jiné fyzické osoby v předmětných zemích také vyhodnocení rizik a uplatnitelnosti v podmínkách ČR s důrazem na možnost financování skrze různé varianty pojištění dlouhodobé péče nebo více zdrojů zároveň.

V rámci této aktivity byly analyzovány dokumenty poskytnuté Objednavatelem, data poskytnutá ze strany MPSV a veřejně dostupné dokumenty. V další fázi byly osloveny instituce vystupující v systému financování a poskytování dlouhodobé péče a regionální kanceláře Deloitte v relevantních zemích se žádostí o poskytnutí dodatečných informací, zejména se zaměřením na aktuální statistiky a neveřejné informace. Z celkového počtu 29 oslovených institucí bylo k termínu odevzdání průběžné verze výstupu (červenec 2015) obdrženo 7 odpovědí. Seznam oslovených institucí, včetně popisu činnosti instituce, způsobu oslovení/kontaktní osoby a informací o poskytnutí odpovědi je uveden v tabulce níže. Seznam použitých zdrojů je obsažen v kapitole Zdroje.

Tabulka 2: Seznam oslovených institucí a status odpovědi

	Instituce	Popis	Kontaktní osoba	Status
Německo	Bundesministerium für Arbeit und Soziales	Ministerstvo práce a sociálních věcí	kontaktní formulář	▶▶
	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	Federální společný výbor zdravotnických pracovníků, nemocnic a zdravotních pojišťoven	kontaktní formulář	▶▶
	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)	Zdravotní služba zdravotních pojišťoven – hodnotí pacienty a doporučuje postup a rozsah péče	kontaktní formulář	✗
	Bundesministerium für Gesundheit (BMG)	Ministerstvo zdravotnictví	kontaktní formulář	▶▶
	GKV-Spitzenverband	Národní asociace povinných zdravotních pojišťoven/pojištění	kontaktní formulář	✗
	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)	Lékařská služba Centrálního Spolkového svazu zdravotního pojištění	Uwe Brucker	✓
	Deloitte Germany		Julia Pabst	✓
Rakousko	Sozialministerium	Ministerství práce, sociálních věcí a ochrany spotřebitelů	Robert Haslacher	✓
	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger	Hlavní sdružení poskytovatelů sociálního pojištění	kontaktní formulář	✗
	Deloitte Austria		Gerhard Feuchtmueller, Karin Eckhart	✗
Velká Británie	Care quality commission (CQC)	Dohled nad dodržováním kvality u poskytovatelů sociálních služeb	kontaktní formulář	✗
	National Institute for Health and Care Excellence	Vytváří směrnice pro zavádění nových postupů a technologií do sociálních služeb	kontaktní formulář	▶▶
	National health service	Poskytuje informace o zdravotních službách	kontaktní formulář	✗
	Social care institute for excellence	Poradenství pro osoby využívající sociální služby	kontaktní formulář	✗
	National Adult Social Care Intelligence Service	Sdružuje data a statistiky o sociálních službách	kontaktní formulář	✗
	Department of Health UK	Ministerstvo zdravotnictví	kontaktní formulář	✗
	Deloitte UK		Caroline Hope	✗
Švédsko	Socialstyrelsen	Národní rada pro zdraví a blahobyt – vyhodnocuje sociální zabezpečení (dlouhodobou péči) a navrhuje zákony	Lennarth Johansson	✓
	Swedish Association of Local Authorities and Regions	Asociace lokálních autorit a regionů – poskytovatelé sociálních služeb	Åsa Furen-Thulin	✗
	Äldrecentrum	Stockholmské gerontologické výzkumné centrum	Linda Larsson	▶▶
	Deloitte Sweden		Erik Ahlenius	▶▶
Dánsko	Dansk handicap Forbund	Dánská asociace pro postižené osoby	Maj-Britt Emborg	✗
	DaneAge association (Aeldre Sagen)	Asociace sdružující dobrovolné poskytovatele služeb pro závislé osoby	Anna Wilroth	✓
	Association for disabled children and their families	Asociace sdružující rodiče pečující o postižené děti	Kontaktní formulář	✗
	Deloitte Denmark		Zarah Kirketerp-Moeller	✓
Holandsko	Ministry of Health, Welfare and Sports	Ministerstvo zdravotnictví, blahobytu a sportu	René Prijkel	✓
	Centrum Indicatiestelling Zorg	Kanceláře pro posuzování potřebné péče	kontaktní formulář	✗

Instituce	Popis	Kontaktní osoba	Status
Nederlandse Zorgautoriteit	Zdravotnický úřad – dohled nad zdravotním trhem (nemocnice a zdravotní pojišťovny)	kontaktní formulář	✗
Deloitte Netherlands		Anita Mikulic	✓

Legenda: ✓ Odpověď zaslaná ✗ Bez odpovědi ➡ Odkaz na jinou instituci

Na základě provedené analýzy zahraničních zkušeností byly definované atributy systémů v jednotlivých zemích a byla posouzena jejich využitelnost v systému financování sociálních služeb v České republice.

2.4 Přístup k realizaci aktivity D: Popis a srovnání variantních způsobů financování osob závislých a systému sociálních služeb a jejich uplatnitelnosti v podmínkách ČR

Pro analýzu dopadů zavedení opatření zvažovaných MPSV a jednotlivých opatření identifikovaných v rámci komparace zahraničních systémů financování dlouhodobé péče byl vytvořen model výdajové náročnosti a možností financování péče.

Po dohodě se Zadavatelem byl zvolen model, který vychází ze střední predikce demografického vývoje. Dalším předpokladem modelu je konstantní míra incidence disability v rámci věkových skupin obyvatelstva v čase. Vnější ekonomické prostředí představuje inflace ve výši 1,5 % a Zadavatelem schválená a používaná predikce vývoje HDP. Neměnnými tedy zůstávají proporce občanů s přiznaným stupněm závislosti a jejich struktura co do typu přijímané péče.

Na základě zvoleného scénáře modeloval Zpracovatel výdaje na dlouhodobou péči v případě zachování současného stavu (nulová varianta) a v případě zavedení alternativních modelů financování, kterými dle zadání Zadavatele byly:

- Povinné veřejné pojištění na péči
- Povinné soukromé pojištění na péči
- Kombinace pojištění na péči a dobrovolného spoření

Uvedené varianty byly v souladu se závěry diskuze s experty na oblast pojišťovnictví realizované formou kulatého stolu doplněny o povinné veřejné rizikové pojištění.

Při modelaci výše uvedených variant sledoval Zpracovatel následující atributy:

- Celkové veřejné výdaje na sociální péči
- Deficit veřejných výdajů
- Soukromé výdaje
- Náklady zaměstnanců, zaměstnavatelů, OSVČ (pro případ zavedení pojištění na péči)
- Rozložení příjemců PnP dle typu využívané služby

Do modelace Zpracovatel dále zahrnul dopady opatření identifikovaná na základě analýzy zahraniční praxe mající dopad na snížení nákladovosti systému poskytování dlouhodobé péče. Dopad uvedených opatření byl rámcově popsán a bylo-li to možné i kvantifikováno.

3 Analýza současného způsobu financování dlouhodobé péče v ČR

Následující kapitola obsahuje soupis základních východisek v oblasti nastavení systému financování péče o fyzickou osobu, vymezení základních východisek pro konstrukci příspěvku na péči (dále PnP) a rovněž jej prolíná s celkovým nastavením systému sociální péče.

3.1 Základní principy financování dlouhodobé péče v ČR

- Systém financování dlouhodobé péče v ČR je založený spíše na konzervativním modelu a je koncipován adresně. Konzervativnost modelu spočívá především v jeho úzkém a minimalistickém pojetí. Systém neumí reagovat na společenské změny a reálné potřeby závislé osoby.
- Nákladově nejvyšším finančním nástrojem pro financování dlouhodobé péče je příspěvek na péči, který je určený ke krytí zvýšených životních nákladů osoby, která vyžaduje péči a spadá dle klasifikace do jednoho ze 4 posuzovaných stupňů závislosti⁶. Příspěvek na péči je nepojistnou sociální dávkou
- Příspěvek na péči je nutné vnímat jako příspěvek k úhradě části nákladů spojených se zabezpečením potřebné péče, nikoliv jako dávku, která by sama o sobě garantovala dostatečné finanční zajištění péče o fyzickou osobu. K úhradě nákladů souvisejících s péčí je tedy nutné dále zajistit i jiné zdroje financování viz níže. Velká část veřejnosti tuto skutečnost nevnímá.
- Příspěvek na péči je svým charakterem personifikován, tedy vyplácen adresně potřebné osobě, která jej smí využít dle vlastního uvážení, což přenáší velkou část odpovědnosti za rozhodování o alokaci těchto prostředků právě na příjemce a nelze dostatečně predikovat jeho využití, stejně tak jako hodnotit efektivitu využití. Využití příspěvku není účelově vázáno a kontrolováno pouze v omezené míře.
- Příspěvek je přiznáván na základě posuzování míry závislosti osoby, která vyžaduje péči (dále taky osoba závislá, příjemce příspěvku na péči). Při přiznávání výše příspěvku není zohledňována ekonomická situace žadatele.
- Přístup k financování sociálních služeb se v podmínkách ČR doposud plně nestabilizoval, což platí i pro financování dlouhodobé péče. Systém je v současné chvíli nastaven spíše rigidně a není připraven reagovat na strukturální výkyvy.
- Garantem celého systému financování dlouhodobé péče je Ministerstvo práce a sociálních věcí.
- Příspěvek na péči je vyplácen prostřednictvím částečně decentralizovaného systému přes krajské pobočky Úřadu práce, který je zároveň v souladu s principy subsidiarity oprávněný vydávat rozhodnutí o příspěvku.
- Posuzování stupně závislosti probíhá decentralizovaně prostřednictvím Lékařské posudkové služby České správy sociálního zabezpečení.
- V roce 2012 došlo k přesunu výše uvedených úkonů (posuzování, výplata dávek) z kompetence obcí na příslušné Úřady práce. Toto opatření vedlo k rozšíření odpovědnosti za sociální péči a vedení informací o jejich klientech ve dvou oddělených databázích. Změna kompetencí do jisté míry personálně destabilizovala oba dotčené úřady.
- Financování dlouhodobé péče je i z titulu charakteru příspěvku koncipováno vícezdrojově, neboli pluralizovaně.

⁶ V podmínkách ČR jsou hodnoceny 4 stupně závislosti. Na základě toho je odstupňována i výše příspěvku na péči, která se dále liší u stupňů I – III dle věku závislé osoby (do 18 let a nad 18 let věku).

- Očekávaná výše vyplacených příspěvků v letech, kdy došlo k zavedení systému, činila 9 mld. Kč ročně, což je číslo, které se ukázalo již v roce 2007 jako nereálné. Objem vyplacených finančních prostředků činil v roce 2007 13,9 mld. Kč, v roce 2014 již 20,5 mld. Kč, což představuje nárůst o 33 % za 8 let.

Benefity pro příjemce i poskytovatele dlouhodobé péče (formální i neformální) v ČR jsou shrnuty v tabulce níže.

Tabulka 3: Benefity pro příjemce a poskytovatele dlouhodobé péče

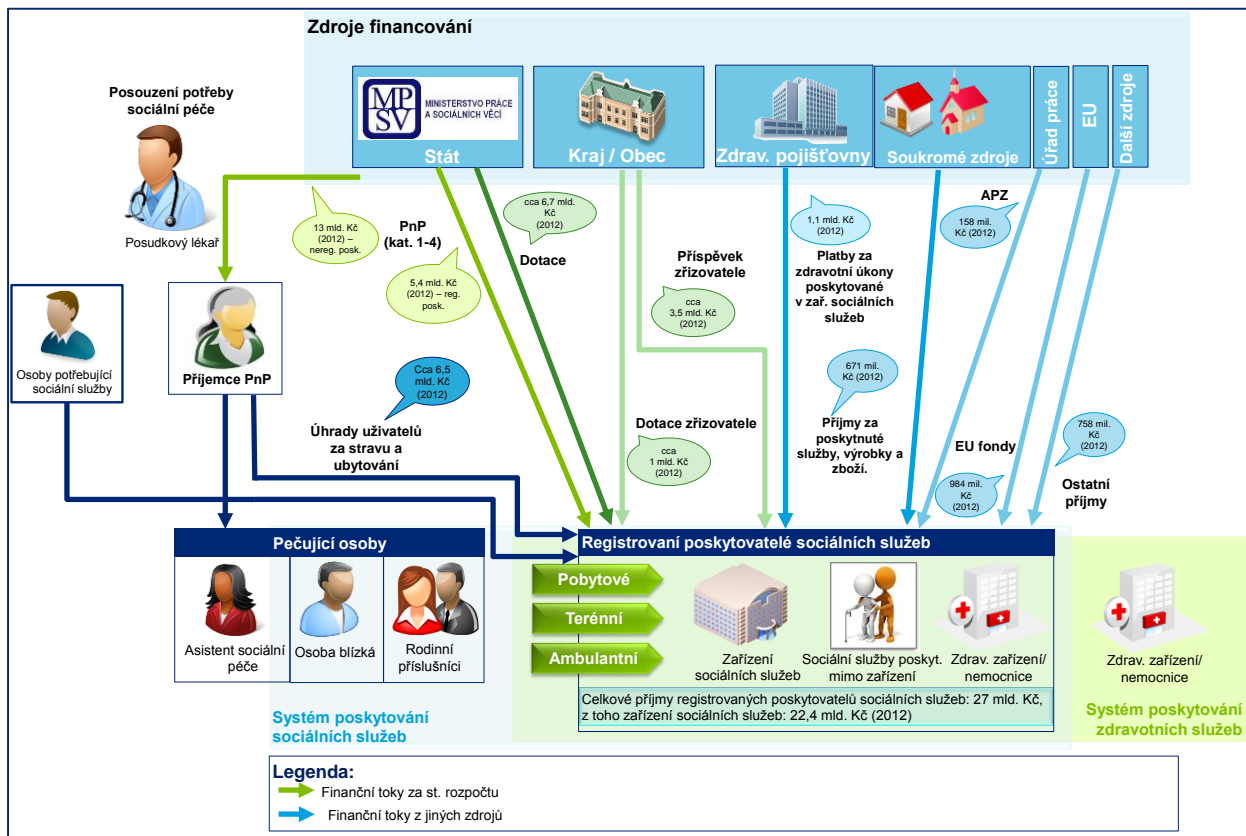
Benefity				
	Finanční	Nefinanční	Zaměstnanecké	Ostatní
Formální péče	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Příspěvek na péči ✓ Transfery poskytovatelům sociálních služeb z veřejných rozpočtů ✓ Vysoká otevřenost systému 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Standardy kvality sociálních služeb ✓ Podpora poskytovatelů ze strany veřejné správy 	n/a	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Krátkodobá institucionální péče ✓ Dlouhodobá péče ✓ Příspěvek na pomůcky
	Neformální péče	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Příspěvek na péči ✓ Další dávky, které jsou vztaženy k pečující osobě a závislé osobě 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Status pečující osoby, která může být podporována v rámci realizace celé řady projektů spolufinancovaných z EU ✓ Úhrada zdravotního pojištění za pečující osobu ✓ Úhrada pojištění na sociální zabezpečení za pečující osobu 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ošetřování jiného nemocného člena rodiny – v rámci nemocenského pojištění ✓ Započítávání péče do doby důchodového pojištění

Systém benefitů pro příjemce i poskytovatele dlouhodobé péče je v ČR relativně široký, na druhou stranu existuje celá řada překážek k jejich plnému využívání. První překážkou je ekonomická situace závislých osob a pečovatelů. To znamená, že veškeré benefity nejsou plně využívány. Tímto jsou myšleny především stacionáře či respitní péče. Je to způsobeno především faktem, který zmiňujeme i v další části textu, a to nákladovostí služeb a mnohdy vysokou finanční závislostí pečující i závislé osoby na příspěvku.

Co se týče vzdělávání - i když je uvedeno jako benefit, nejedná se o benefit systémový, jelikož jeho zajištění probíhá především prostřednictvím NNO, obcí a krajů. Dále také oblast vzdělávání není podporována z veřejných rozpočtů (mimo dotační prostředky z EU). A pokud ano, tak pouze nepřímo. Mezi klíčové benefity, které absentují v českém systému a měly by být zavedeny, patří dovolená na péči a zálohový systém financování, který by spočíval v okamžité finanční pomoci závislé osobě, aby její situace mohla být řešena ihned po jejím vzniku a nenastávaly prodlevy ve financování, což může vést k problémům v přechodném období.

Na obrázku níže je schematicky zobrazen model financování dlouhodobé péče v ČR, který je následně detailně popsán.

Obrázek 1: Schéma organizace českého systému financování dlouhodobé péče



V následující tabulce jsou uvedeny základní informace o struktuře a vývoji financování dlouhodobé péče v ČR.

Tabulka 4: Vývoj jednotlivých kategorií výdajů na péči v letech 2007-2012⁷

(v mld. Kč)	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Celkové výdaje na sociální služby	n/a	n/a	n/a	40,78	40,00	40,03
Veřejné výdaje na sociální služby⁸	n/a	n/a	n/a	31,35	29,77	29,98
Příspěvek na péči	13,89	17,54	18,73	19,77	18,29	18,39
Z toho pro registrované poskytovatele	n/a	n/a	n/a	5,47	5,39	5,38
Dotace MPSV ČR	n/a	n/a	n/a	7,26	6,71	6,86
Příspěvky krajů a obcí	n/a	n/a	n/a	4,05	4,47	4,50
Ostatní veřejné výdaje	n/a	n/a	n/a	0,27	0,30	0,23
Podíl na HDP	n/a	n/a	n/a	0,83%	0,78%	0,78%
Podíl na výdajích státního rozpočtu	n/a	n/a	n/a	2,69%	2,55%	2,58%
Soukromé výdaje na sociální služby	n/a	n/a	n/a	9,43	10,23	10,05
Z toho úhrada za ubytování a stravu	n/a	n/a	n/a	5,79	6,20	6,45
Z toho další	n/a	n/a	n/a	3,64	4,03	3,60
Celkové příjmy poskytovatelů sociálních služeb	n/a	n/a	n/a	26,48	27,09	27,03

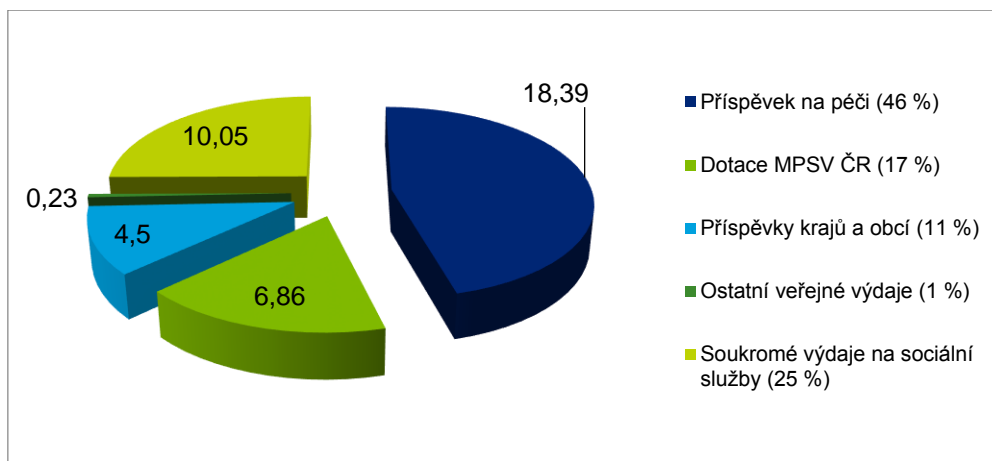
Výše uvedená data kopírují trend vývoje PnP, kdy je v meziročním srovnání patrný pokles absolutních hodnot v letech 2011 a 2012. Podíl výdajů na HDP je téměř konstantní. Mezi položky vykazující meziroční nárůst ve sledovaných letech patří především výdaje na ubytování a stravu a výdaje krajů a obcí. U výdajů na ubytování a stravu je patrný vliv inflace a u výdajů krajů a obcí nárůst rozsahu služeb poskytovaných těmito subjekty.

⁷ Zdroj dat: Podpora procesů – Příspěvek na péči: Analýza dostupných datových zdrojů a MPSV ČR – Účetní závěrky za sociální služby 2010-2012

⁸ Zahnují příspěvek na péči, dotace ze státního rozpočtu, dotace MPSV, příspěvek zřizovatele a ostatní veřejné výdaje na financování poskytovatelů sociálních služeb.

Následující graf znázorňuje poměr mezi jednotlivými zdroji financování v roce 2012.

Graf 2: Poměr výdajů na péči dle zdrojů financování (v mld. Kč)⁹



Z výše uvedeného grafu je patrné, že výdaje na péči tvoří z největší části PnP. Konkrétně se jedná o celkem 46 % výdajů. Bez PnP by systém péče byl velmi těžko financovatelný. Celkové výdaje na péči ze všech zdrojů činily v roce 2012 40 mld. Kč. Zajímavé je, že prostředky veřejných rozpočtů mimo PnP se podílí na financování péče z 29 %. Výše uvedené implikuje, že ještě 25 % činí soukromé výdaje na financování péče.

Vývoj financování a poměrů mezi zdroji financování bude záležet na zvoleném modelu financování. Za předpokladu stávajícího nastavení lze očekávat stagnaci vývoje nákladů veřejných rozpočtů a růst podílu PnP a soukromých zdrojů financování. Soukromé zdroje financování jsou omezeny limitem maximální výše úhrady. Souhrnně lze konstatovat, že zdroje, kterými disponuje příjemce služeb, tvoří 71 % z celkově vyplacených prostředků na péči. Jedná se o významnou část finančních zdrojů, která je svěřena uživateli služby, tedy uživateli dokáží do značné míry určovat strukturu a rozsah využívaných služeb.

Těmto číslům rovněž odpovídá poměr mezi počtem osob, o které je pečováno ze strany neformálního pečovatele a počtem osob, o kterého je pečováno ze strany pobytového zařízení, respektive registrovaného poskytovatele sociální služby. V roce 2012 byl průměrný měsíční počet příjemců PnP 312 600, z toho 214 131 příjemcům poskytovali péči neformální pečovatelé, 79 713 zařízení formální péče. V případě 18 756 příjemců není známo, jaký typ péče využívali.¹⁰

3.2 Popis systému financování dlouhodobé péče včetně popisu finančních toků

Financování dlouhodobé péče je adresné, tedy finanční prostředky získává na základě posuzování stupně závislosti konkrétní příjemce. Především na jeho rozhodnutí pak je, jakým způsobem tento příspěvek využije. Možnost volby je samozřejmě závislá na celé řadě faktorů, např. osoba, která nemá možnost využít péči osoby blízké (neformální péče), má možnost využít profesionální péče v celé řadě kombinací (viz Poskytování sociálních služeb níže). Předpokladem možnosti volby způsobu využití služeb je dostupnost služeb a informovanost příjemce, případně rodinných příslušníků, o možných způsobech poskytování služeb.

Základním stavebním prvkem financování péče je příspěvek na péči, který má plnit funkci příspěvku na financování sociálních služeb, nikoliv pokrývat náklady spojené s využíváním služeb v plné výši. Na financování sociálních služeb jsou pak využívány další zdroje, jejichž přehled a popis je uveden v následující části textu.

⁹ Zdroj: Statistická data MPSV o příjemcích sociálních dávek a data Ministerstva financí o vývoji výdajů na sociální služby

¹⁰ Informace o způsobu využívání služeb příjemci PnP v roce 2012 nejsou vzhledem k výpadku informačního systému mapujícího vyplacené příspěvky dostupné. Uvedený poměr způsobu využití péče byl aproximován na základě aplikace poměru způsobu využití péče v roce 2014. V tomto roce bylo 68,5 % příjemců v péči neformálního pečovatele. U dalších 6 % není druh péče znám. Data vychází ze statistik ÚP v oblasti výplaty dávek. Tato evidence je však nedokonalá a může obsahovat zkreslení, jelikož informace o způsobu využití se sděluje pouze při přidělení PnP a dále se nesleduje, kde závislá osoba službu reálně čerpá.

Mezi hlavní zdroje financování dlouhodobé péče patří:

- **Soukromé zdroje financování:**
 - Vlastní zdroje
 - Rodinní příslušníci
 - Cizí osoby
- **Finanční dávky:**
 - Příspěvek na péči
 - Dávky v nezaměstnanosti
 - Další sociální dávky
- **Dotace z veřejných rozpočtů:**
 - Stát
 - Kraj
 - Obec
 - EU

Soukromé zdroje financování

Vlastní zdroje představují zdroj příjmu, který je využitelný za předpokladu, že závislá osoba těmito zdroji disponuje. V současné době je především u profesionální péče zcela nezbytné podílet se na financování těchto služeb i z vlastních zdrojů, což dokládají i níže uvedené náklady na zajištění například pobytových služeb, jejichž nákladová položka například u domovů pro seniory překračuje 20 000,- Kč měsíčně, což není schopen klient tohoto zařízení hradit pouze z PnP. Do vlastních zdrojů lze zařadit například důchod závislé osoby, její úspory, případně majetek, který může být využit pro pokrytí zvýšených nákladů na péči. Zde následně nastává prostor pro další diskuzi a to především z pohledu vázání výše příspěvku na příjem závislé osoby a její majetkové poměry, což by znamenalo přechod k solidárnímu systému financování sociálních služeb. Mělo by se jednat o primární zdroj zajištění dofinancování péče, ale je pochopitelné, že například nízkopříjmové a nemajetné skupiny osob budou na výši příspěvku a na dalších souvisejících sociálních dávkách plně závislé. V současné době mimo to, že nelze přesně stanovit, jaká výše výdajů na zajištění péče putuje z vlastních zdrojů a jaké jsou majetkové poměry osob, o které je pečováno, nelze zpracovat přesný vliv příjmového a majetkového posuzování na výši výplat v rámci PnP. Při zavádění solidárního systému by bylo rovněž nutné stanovit minimální standard péče, který bude hrazen z veřejných zdrojů. Zároveň je nutné stanovit podíl vlastních úspor, které mohou být odčerpány systémem péče.

Zdroje rodinných příslušníků. Motivací rodinných příslušníků by mělo být zajistit důstojnou péči o svého blízkého. V této skupině výdajů není možné reálně posuzovat efektivitu vynaložených finančních prostředků, ani jejich výši. Za stávajících podmínek rovněž není možné na tento zdroj vázat systémové ukotvení sociální péče. Pro potřeby zvýšení využitelnosti těchto zdrojů financování je nutné zvýšení osvěty mezi veřejností a změna vnímání forem a způsobů péče. V České republice existuje vysoká vůle zajistit péči o osobu blízkou.

Na základě průzkumu realizovaného v roce 2015 pro Ministerstvo práce a sociálních věcí na reprezentativním vzorku respondentů¹¹ vyvstalo několik klíčových zjištění, které je v této části zaměřené na popis financování systému péče ze soukromých zdrojů vhodné uvést. Průzkum mimo jiné poukazuje na významné rozdíly v preferované formě využívání a ochotě financování sociálních služeb napříč regiony.

Hlavní zjištění vyplývající z dotazníkového šetření jsou následující:

- V případě, že je rodič/prarodič upoután na lůžko by **51 % respondentů preferovalo domácí péči**, z čehož 39 % by ji kombinovalo se sociálními službami, 25 % respondentů by tuto situaci řešilo umístěním do pobytového zařízení, vlastními silami by péči zajistilo 12 % respondentů.

¹¹ Průzkum byl zpracován v rámci projektu: *Studie proveditelnosti: Výběr a zdůvodnění optimální varianty financování sociálních služeb v ČR.*

- Nejčastějším důvodem neochoty respondentů vzdát se svého zaměstnání na úkor péče o rodinného příslušníka byla skutečnost, že by jim **chyběl zdroj příjmů** (53 % - 1. priorita, 25 % - 2. priorita a 7 % - 3. priorita).
- **56 % respondentů** dotazníkového šetření **by bylo ochotno přispívat** na čerpání sociálních služeb rodinným příslušníkem, **44 % respondentů nikoliv**.
- Pokud respondenti uvedli, že jsou ochotni přispívat na sociální služby čerpané rodinnými příslušníky, byli dotazováni na výši částky, kterou by byli ochotni přispívat měsíčně. **Největší část** respondentů (37 %) by byla ochotna přispívat částkou **100 – 500 Kč**, 30 % respondentů částkou **500 – 1 000 Kč**, 11 % částkou **1 500 – 2 000 Kč**,
- Pokud respondenti uvedli, že jsou ochotni přispívat na sociální služby čerpané rodinnými příslušníky, byli dotazováni na preferovaný způsob přispívání. Nejvíce preferovaným způsobem byla **přímá finanční podpora osoby** (63 % - 1. priorita, 12 % - 2. priorita a 15 % - 3. priorita).
- **Pouze 36 % respondentů** dotazníkového šetření vyjádřilo **ochotu spořit si na budoucí čerpání sociální péče vlastní osobou**.
- Nadpoloviční většina respondentů (**52 %**) by v případě, že se o sebe nebude schopna postarat, **chtěla strávit stáří ve vlastní domácnosti** (26 %) nebo v **domácnosti u rodinných příslušníků** (26 %) za **využití terénních sociálních služeb**. Více než třetina respondentů (**34 %**) by v tomto případě chtěla strávit stáří **ve specializovaném zařízení**. **Pouze 13 %** respondentů by chtěla strávit stáří v **domácnosti u rodinných příslušníků** nebo **příbuzných bez využití sociálních služeb**.
- Na otázku jakým způsobem (z jakých zdrojů) by respondenti hradili sociální služby poskytované ve vlastní domácnosti, v domácnosti u rodinných příslušníků (terénní sociální služby) nebo ve specializovaném zařízení, by nejvíce respondentů (59 %, 25 % a 13 %) hradilo tyto služby **z invalidního nebo starobního důchodu**, další největší skupina respondentů (17 %, 32 % a 24 %) by spoléhala na **finanční pomoc státu**. Přibližně stejný počet respondentů (10 %, 16 % a 18 %) by na úhradu sociálních služeb využil **dlouhodobé úspory**, které šetřil přímo na tuto skutečnost, případně úspory, které nešetřil na tuto skutečnost, nebo by spoléhal na **finanční pomoc příbuzných**.
- Na otázku, zda mají respondenti **představu o finanční nákladnosti měsíčního pobytu pro seniory**, uvedlo 38 % respondentů náklady v rozmezí **6 000 – 10 000 Kč** a 18 % respondentů náklady v rozmezí **11 000 – 15 000 Kč**.¹² Přibližně třetina respondentů uvedla, že nemá představu o výši nákladů.

Výše uvedené informace naznačují zajímavé trendy, které bude nutné zohlednit při všech zvažovaných scénářích konstrukce PnP a obecně systému financování dlouhodobé péče. Je nutné poznamenat, že se zde jedná pouze o jednu cílovou skupinu, kterou jsou starší osoby. Mluvíme tedy především o preferenci způsobu zajištění péče a jejího financování.

Zdroje cizích osob. Zvláště u dlouhodobé péče a nákladné péče se jedná o velmi rozšířený zdroj financování. Systém na tomto financování však nesmí být založen. Princip financování ze strany cizích osob v ČR nelze považovat za systémové opatření. Na druhou stranu celá řada neziskových organizací, nadací a dalších organizací získává finanční prostředky na jednorázové řešení mimořádné situace závislé osoby, ale především se jedná o osoby, které se závislými stali ne z pohledu důchodového věku, ale z důvodu těžkých zdravotních komplikací. Jedná se o projev společenské solidarity, ale znovu je nutné zdůraznit, že se nejedná o systémový prvek.

¹² Skutečné příjmy za 1 uživatele měsíčně v domově pro seniory činily 23 282 Kč v roce 2012 (z toho 8 164 Kč jsou úhrady uživatelů). Až 38 % respondentů odhadlo správně interval ceny, ale pouze cenu hrazenou z vlastních zdrojů a ne celkovou cenu spolu s PnP, dotací a příspěvkem.

Finanční dávky z veřejných zdrojů

Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je definován v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který je účinný od 1. 1. 2007. Tento zákon primárně stanovuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci. Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. PnP se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci (dle výše uvedeného zákona) při zvládnání základních životních potřeb závislých osob. PnP jsou financovány ze státního rozpočtu.

Nárok na PnP má osoba starší jednoho roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti, pokud jí tuto pomoc poskytuje:

- osoba blízká
- asistent sociální péče
- poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb
- dětský domov
- speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu

Nárok na příspěvek má velmi široký okruh osob. Z pohledu predikce příjemců PnP je tedy nutné pracovat minimálně s rozměrem demografického vývoje stávajících obyvatel, ale rovněž doporučujeme při prognózách delších než do roku 2045 počítat s ekonomickou migrací, kdy cizinci, kteří se do ČR přistěhují za prací a zůstanou i s rodinou na území ČR. Tito následně budou financováni v rámci českého sociálního systému, což při nevyvážené migraci může být zatěžující pro veřejné rozpočty. Samozřejmě je nutné počítat dopady incidence závislosti v populaci s vazbou na demografický vývoj. Poslední uvedené faktory jsou zohledněny v predikci.

Příspěvek se nevyplácí, jestliže je oprávněné osobě po celý kalendářní měsíc poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace. To neplatí v případě, kdy je s oprávněnou osobou k hospitalizaci přijata jako průvodce fyzická osoba, která byla uvedena v žádosti o příspěvek, popřípadě ohlášena jako osoba poskytující pomoc¹³.

Vývoj výdajů na PnP včetně struktury příjemců a predikce vývoje do roku 2020 je obsažen v následujících kapitolách.

Sociální dávky

Jedná se o celou řadu sociálních dávek, které zvyšují příjem závislé osoby, respektive ji pomáhají financovat zvýšené výdaje. Patří sem rovněž dávky, které čerpají pečující osoby, například podpora v nezaměstnanosti, kterou pečující osoba může za určitých podmínek pobírat za předpokladu, že se zřekne zaměstnání ve prospěch péče.

Mezi dávky, které mohou být kombinovány s PnP, patří především:

- Příspěvek na mobilitu
- Přídavek na dítě
- Rodičovský příspěvek
- Příspěvek na bydlení
- Příspěvek na zvláštní pomůcky
- Mimořádné sociální dotace

Další prostředky z veřejných rozpočtů

Stát vyplácí, mimo výše uvedené adresní příspěvky a dávky, transfery směřující k institucím, které poskytují sociální služby (profesionální péči). Státní dotace nejsou poskytovány konkrétním pečovateli, aniž by tyto subjekty byly sdruženy pod právnickou osobu. Dotace na řešení situace či podporu neformálním pečovateli sice ze státního rozpočtu přímo poskytovány nejsou, ale můžeme se s nimi setkat v rámci dofinancování projektů spolufinancovaných především z Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, Regionálních operačních programů a Integrovaného operačního programu. Příkladem by mohl být projekt, zacílený na přímou podporu

¹³ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

pečovatelů, který by byl například financován z ESF. Spoluúcast státního rozpočtu by dosahovala výše 15 % a konkrétní pečovatel tak obdržel finanční prostředky v rámci přímé podpory.

Kraje a obce poskytují příspěvky zřizovatelům na provoz registrovaných poskytovatelů sociálních služeb zřízených krajem nebo obcí.

Kraje rovněž poskytují dotace nebo granty především institucím zajišťujícím profesionální sociální péči. V současné době se začínají objevovat první případy, kdy dotaci na podporu neformálních pečovatelů v přirozeném prostředí začal poskytovat už i Jihomoravský kraj, který má v pravidlech pro řízení o dotacích vyčleněny speciálně oblasti osobní asistence a podpora samostatného bydlení. Nebude se jednat sice o přímou podporu konkrétní pečující osoby, ale bude podpořena zprostředkovaně ze strany právnické osoby¹⁴.

Obce opět poskytují dotace spíše institucionálním poskytovatelům sociálních služeb, tedy nemají přímou vazbu na financování péče příjemců. Obce mohou ze svého rozpočtu poskytovat mimořádné dotace konkrétním fyzickým osobám, které se dostanou do finančních problémů, nejedná se však o systémový nástroj a jde spíše o ad-hoc dotace.

Finanční prostředky z Evropských strukturálních a investičních fondů (ESIF) směřují a budou směřovat především na realizaci systémových projektů, které budou nástavbou nad stávající systém. Na dotace však není právní nárok, tedy z dlouhodobého pohledu se nemůže jednat o zdroj, který by měl být zvažován jako systémové opatření financování sociálních služeb. Na druhou stranu je možné v rámci jednotlivých projektů realizovat opatření, která ulehčí státnímu rozpočtu (především celorepublikové a regionální projekty), nebo která pomohou nastavit systém péče, případně další související oblasti (systémové projekty, ale i projekty jednotlivých organizací působících v oblasti péče). Opět se však nejedná o finanční prostředky, které by mohli čerpat konkrétní pečovatelé nebo závislé osoby. Ti mohou být pouze cílovou skupinou a uživateli výstupů.

Následující tabulka uvádí přehled nejaktuálnější dostupných údajů o vyplacených prostředcích na PnP a další sociální služby související s poskytováním sociální služeb pro závislé osoby. Jedná se pouze o data z kapitoly rozpočtu MPSV pro roky 2012 – 2013. Data před rokem 2012 nejsou z důvodu přechodu agendy z obcí s rozšířenou působností na ÚP relevantní. Pro potřeby delšího časového srovnání jsou dále převzata data ze zdrojů poskytnutých ze strany MPSV (viz níže).

Tabulka 5: Vývoj výdajů na sociální služby v kapitole MPSV státního rozpočtu¹⁵

Výdajová položka dle odvětvového třídění	2012	2013	2014 (v tis. Kč)
Dávky osobám se zdravotním postižením	1 532 718	1 940 017	1 943 612
Příspěvek na zvláštní pomůcky	47 506	1 251	251
Příspěvek na úpravu a provoz bezbariérového bytu	13 721	2 101	644
Příspěvky na zakoupení, opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla	50 830	2 397	689
Příspěvek na provoz motorového vozidla	7 245	14	2
Příspěvek na mobilitu	1 007 839	1 116 721	1 111 228
Příspěvek na zvláštní pomůcku	375 749	789 580	804 095
Ostatní dávky zdravotně postiženým občanům	29 468	27 953	26 703
Dávky pomoci v hmotné nouzi	7 800 123	10 569 831	11 352 019
Příspěvek na živobytí	5 911 472	7 469 343	7 904 082
Doplatek na bydlení	1 673 919	2 814 372	3 248 852
Mimořádná okamžitá pomoc	134 877	190 645	111 459
Mimořádná okamžitá pomoc osobám ohroženým sociálním vyloučením	33 789	41 769	34 142

¹⁴ Zdroj dat: interní informace JMK, 2015

¹⁵ Zdroj dat: <http://monitor.statnipokladna.cz/2015/statni-rozpočet/kapitola/313#tabId>)

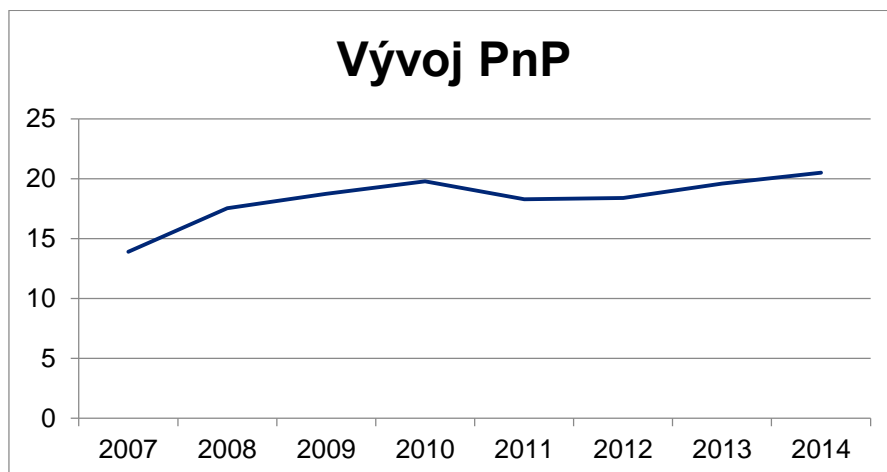
Výdajová položka dle odvětvového třídění	2012	2013	2014 (v tis. Kč)
Ostatní dávky sociální pomoci	46 066	53 701	53 485
Dávky státní sociální podpory a dávky pěstounské péče	35 554 337	37 891 381	38 069 862
Přídavek na dítě	3 338 053	3 334 507	3 212 995
Sociální příplatek	56 252	258	-6
Porodné	144 058	147 966	143 104
Rodičovský příspěvek	25 006 852	24 380 473	22 958 081
Dávky pěstounské péče	1 242 311	2 524 189	2 804 058
Pohřebné	14 464	14 199	13 202
Příspěvek na bydlení	5 744 706	7 417 350	8 861 809
Dávky státní sociální podpory jinde nezařazené	7 640	72 440	76 619
Ostatní dávky povahy sociálního zabezpečení	19 259 663	20 365 576	21 159 159
Dávky a odškodnění válečným veteránům a perzekvovaným osobám	918	354	261
Příspěvek na péči	18 428 327	19 588 778	20 441 614
Ostatní dávky povahy sociálního zabezpečení jinde nezařazené	830 409	776 444	717 284
Politika zaměstnanosti	15 275 420	17 963 913	20 117 163
Aktivní politika zaměstnanosti	2 595 621	4 285 714	6 426 949
Rekvalifikace	146 451	301 385	343 894
Veřejně prospěšné práce	688 417	1 777 349	2 077 674
Společensky účelná pracovní místa	366 364	1 023 843	1 937 717
Podpora zaměstnanosti zdravotně postižených občanů	121 143	52 854	88 866
Ostatní podpora zaměstnanosti	398 315	73 429	57 860
Cílené programy k řešení zaměstnanosti	566 160	687 761	1 711 753
Podpory v nezaměstnanosti	8 759 749	9 674 752	9 279 634
Zaměstnávání zdravotně postižených občanů	3 468 251	3 670 239	4 018 724
Příspěvek zaměstnavatelům zaměstnávajícím více než 50% občanů se změněnou pracovní schopností	3 468 251	3 670 239	4 018 724
Služby sociální péče	5 595 985	5 539 242	6 399 326
Domovy pro seniory (nebylo před rokem 2013)		1 856 422	2 094 101
Osobní asistence, pečovatelská služba a podpora samostatného bydlení	690 746	743 886	878 977
Tísňová péče	9 239	12 185	11 065
Průvodcovské a předčitatelské služby	114	4 764	5 502
Chráněné bydlení	174 880	205 018	263 359
Týdenní stacionáře	74 186	74 826	88 299
Denní stacionáře a centra denních služeb	312 067	325 747	368 081
Domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem	4 159 719	2 132 934	2 462 804
Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče	65 493	54 270	67 205
Ostatní služby a činnosti v oblasti sociální péče	109 540	129 189	159 933
Služby sociální prevence	888 199	913 685	1 134 051
Raná péče a sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	131 049	145 629	186 505

Výdajová položka dle odvětvového třídění	2012	2013	2014 (v tis. Kč)
Krizová pomoc	27 328	32 387	35 992
Domy na půl cesty	19 967	23 659	23 141
Azylové domy, nízkoprahová denní centra a noclehárny	289 893	259 483	298 852
Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	96 544	127 905	168 551
Služby následné péče, terapeutické komunity a kontaktní centra	74 996	79 487	90 383
Sociálně terapeutické dílny	68 470	60 264	79 537
Terénní programy	80 538	84 788	133 233
Ostatní služby a činnosti v oblasti sociální prevence	99 414	100 085	117 857
Sociální péče a pomoc dětem a mládeži (nebylo před rokem 2013)		735 997	953 872
Ostatní sociální péče a pomoc dětem a mládeži		735 997	953 872
Sociální péče a pomoc manželství a rodinám	113 925	101 806	552 905
Ostatní sociální péče a pomoc rodině a manželství	113 925	101 806	552 905
Sociální poradenství	204 045	200 562	244 435
Odborné sociální poradenství	204 045	200 562	244 435
Sociální rehabilitace a ostatní sociální péče a pomoc	157 693	156 166	195 782
Sociální péče a pomoc přistěhovalcům a vybraným etnikům	819	655	591
Sociální poradenství pro staré občany	147 861	143 436	180 475
Ostatní sociální péče a pomoc ostatním skupinám obyvatelstva	9 013	12 075	14 715
Správa v sociálním zabezpečení a politice zaměstnanosti	16 180 771	16 693 612	16 333 779
Činnost ústředního orgánu státní správy v sociálním zabezpečení, politice zaměstnanosti a rodinné politice	1 784 173	1 560 121	1 381 425
Činnost ostatních orgánů státní správy v sociálním zabezpečení	5 481 388	5 391 717	5 106 463
Ostatní orgány státní správy v oblasti politiky zaměstnanosti	4 467 793	4 748 291	5 271 444
Ostatní správa v sociálním zabezpečení a politice zaměstnanosti	4 447 418	4 993 484	4 574 446

Červeně zvýrazněná data obsahují přehled výdajů státního rozpočtu na služby, které souvisí s čerpáním PnP. Uvedená data mohou naznačovat několik trendů. Prvním je růst počtu klientů a tím i nutnost zvýšeného financování služeb, druhým je větší důraz na neformální péči, resp. na péči v přirozeném prostředí závislé osoby. Průvodcovské, předčitatelské služby, jsou využívány například u osob se zrakovým postižením. Tyto osoby mohou spadat do skupiny osob potřebujících péči stejně jako například tísňová péče, která je poskytována osobám se zdravotním rizikem za účelem monitoringu jejich stavu (například senioři). Terénní programy a další služby mají již spíše doplňkovou vazbu z pohledu práce s průvodními sociálními jevy.

Vývoj výdajů na PnP

Graf 3: Vývoj výdajů na PnP v letech 2007 – 2014 v mld. Kč¹⁶



Výše uvedený graf znázorňuje rostoucí trend v oblasti vývoje výdajů na PnP. S růstem výdajů na PnP je počítáno i nadále a to především s ohledem na demografický vývoj společnosti (předpokládaný vývoj výdajů na PnP je obsažen v kapitole Prognóza vývoje počtu na péči závislých osob a jeho vliv na udržitelnost současného systému financování péče). Pouze v letech 2011 a 2012 se trend vychýlil, což bylo způsobeno strukturálními změnami ve výplatě dávek (jednalo se především o přechod výplaty z ORP na ÚP, změna v evidenci), kdy došlo rovněž ke snížení počtu příjemců. Takový výkyv nelze v příštích letech očekávat. Oproti tomu lze predikovat neustálý nárůst počtu příjemců. Z níže uvedené tabulky je patrné, že vývoj není zcela konstantní, ale až s výjimkou roku 2011 lze sledovat setrvačný nárůst počtu příjemců PnP.

Tabulka 6: Vývoj vyplaceného PnP¹⁷

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Příspěvek na péči (v mld. Kč)	13,89	17,54	18,73	19,77	18,29	18,39	19,56	20,5
Meziroční % změna	x	21%	6%	5%	-8%	1%	6%	4%

Tabulka 7: Vývoj vyplaceného PnP a počtu příjemců mezi lety 2011 – 2014 ženy^{18 19}

Stupeň závislosti	Objem vyplacených PnP v Kč (kumulativně)			Počet příjemců PnP (kumulativně)		
	2011	2014	% změna	2011	2014	% změna
Věk 1 - 19 ženy, stupeň závislosti I	119 582 600	168 370 400	29%	41 373	51 590	20%
Věk 20 - 64 ženy stupeň závislosti I	90 812 800	84 564 000	-7%	113 516	104 925	-8%
Věk 65 - 100+ ženy, stupeň závislosti I	605 561 600	447 657 600	-35%	695 915	559 580	-24%
Věk 1 - 19 ženy stupeň závislosti II	102 266 000	163 550 000	37%	20 934	25 884	19%
Věk 20 - 64 ženy stupeň závislosti II	478 268 000	479 434 000	0%	119 555	119 670	0%
Věk 65 - 100+ ženy, stupeň závislosti II	2 141 000 000	2 144 000 000	0%	535 227	536 007	0%
Věk 1 - 19 ženy stupeň závislosti III	202 962 000	194 333 000	-4%	22 855	20 392	-12%
Věk 20 - 64 ženy stupeň	642 136 000	656 944 000	2%	80 269	82 080	2%

¹⁶ Zdroj dat: MPSV ČR – Statistika vyplacených PnP 2009 – 2014, exportováno z evidence IS OK Stat

¹⁷ Zdroj dat: MPSV ČR – Statistika vyplacených PnP 2009 – 2014, exportováno z evidence IS OK Stat

¹⁸ Zdroj dat: MPSV ČR – Statistika vyplacených PnP 2011 a 2014, exportováno z evidence IS OK Stat

¹⁹ Pro přehlednost je nárůst počtu příjemců PnP o více než 10 % v tabulce výše označený červenou barvou, pokles o více než 10 % zelenou barvou.

Stupeň závislosti	Objem vyplacených PnP v Kč (kumulativně)			Počet příjemců PnP (kumulativně)		
	2011	2014	% změna	2011	2014	% změna
závislosti III						
Věk 65 - 100+ ženy, stupeň závislosti III	2 551 000 000	2 714 000 000	6%	318 978	339 331	6%
Věk 1 - 19 ženy stupeň závislosti IV	319 692 000	287 486 000	-11%	26 641	22 770	-17%
Věk 20 - 64 ženy stupeň závislosti IV	564 624 000	575 762 000	2%	47 057	47 975	2%
Věk 65 - 100+ ženy, stupeň závislosti IV	2 331 000 000	2 358 000 000	1%	194 274	196 562	1%

Tabulka 8: Vývoj vyplaceného PnP a počtu příjemců mezi lety 2011 – 2014 muži^{20 21}

Stupeň závislosti	Objem vyplacených PnP v Kč (kumulativně)			Počet příjemců PnP (kumulativně)		
	2011	2014	% změna	2011	2014	% změna
Věk 1 - 19 muži, stupeň závislosti I	166 943 200	235 145 200	29%	57 781	71 320	19%
Věk 20 - 64 muži, stupeň závislosti I	97 643 200	95 118 800	-3%	122 057	118 261	-3%
Věk 65 - 100+ muži, stupeň závislosti I	185 522 400	150 842 400	-23%	214 508	188 559	-14%
Věk 1 - 19 muži stupeň závislosti II	181 372 000	300 822 000	40%	36 975	47 628	22%
Věk 20 - 64 muži stupeň závislosti II	608 412 000	605 516 000	0%	152 093	151 220	-1%
Věk 65 - 100+ muži, stupeň závislosti II	841 793 334	865 631 000	3%	210 453	216 417	3%
Věk 1 - 19 muži stupeň závislosti III	310 535 000	347 561 000	11%	34 979	36 453	4%
Věk 20 - 64 muži stupeň závislosti III	832 544 000	868 688 000	4%	104 068	108 511	4%
Věk 65 - 100+ muži, stupeň závislosti III	1 034 000 000	1 173 000 000	12%	129 238	146 697	12%
Věk 1 - 19 muži stupeň závislosti IV	508 416 000	452 006 000	-12%	42 368	35 739	-19%
Věk 20 - 64 muži stupeň závislosti IV	703 656 000	751 104 000	6%	58 641	62 574	6%
Věk 65 - 100+ muži stupeň závislosti IV	767 088 000	798 384 000	4%	63 951	66 544	4%

Výše uvedené tabulky obsahují informace o nárůstu počtu vyplaceného PnP a počtu příjemců dle stupně závislosti mezi lety 2011 a 2014. Z těchto uvedených dat lze jen těžko odvodit trend. Například u skupiny mužů a ženy ve věkové skupině 1 – 19, stupeň závislosti II vykazuje vysoký nárůst jak počtu příjemců, tak výše vyplaceného PnP. Jedná se o zajímavý jev, který může znamenat zvýšenou míru incidence závislosti této skupiny osob. Tento nárůst však může být dokreslen rovněž poklesem u stejné skupiny ve stupni závislosti IV, což znamená, že dochází k mobilitě i mezi stupni závislosti. Nárůst či pokles u vyšších věkových skupin pak odpovídá spíše demografickým změnám.

Tabulka 9: Vývoj výše vyplaceného příspěvku na péči dle jednotlivých krajů v meziročním srovnání 2011 a 2014²²

Kraj	Rok	Stupeň závislosti I	Stupeň závislosti II	Stupeň závislosti III	Stupeň závislosti IV
Hlavní město Praha	2014	98 060 014,00	402 882 000,00	439 432 000,00	333 502 000,00
Hlavní město Praha	2011	110 170 011,00	356 801 000,00	361 951 000,00	324 348 000,00
Nárůst v %		-11%	13%	21%	3%
Jihočeský kraj	2014	70 758 214,00	293 606 000,00	407 932 000,00	331 914 000,00

²⁰ Zdroj dat: MPSV ČR – Statistika vyplacených PnP 2011 a 2014, exportováno z evidence IS OK Stat

²¹ Pro přehlednost je nárůst počtu příjemců PnP o více než 10 % v tabulce výše označený červenou barvou, pokles o více než 10 % zelenou barvou.

²² Zdroj dat: MPSV ČR – Statistika vyplacených PnP 2011 a 2014, exportováno z evidence IS OK Stat

Kraj	Rok	Stupeň závislosti I	Stupeň závislosti II	Stupeň závislosti III	Stupeň závislosti IV
Jihočeský kraj	2011	75 155 211,00	274 874 000,00	368 198 000,00	359 154 000,00
Nárůst v %		-6%	7%	11%	-8%
Jihomoravský kraj	2014	135 515 214,00	528 934 000,00	723 764 000,00	610 560 000,00
Jihomoravský kraj	2011	146 981 211,00	508 394 000,00	692 202 000,00	649 860 000,00
Nárůst v %		-8%	4%	5%	-6%
Karlovarský kraj	2014	31 873 214,00	115 764 000,00	156 067 000,00	131 558 000,00
Karlovarský kraj	2011	25 065 811,00	103 574 000,00	145 794 000,00	134 328 000,00
Nárůst v %		27%	12%	7%	-2%
Královéhradecký kraj	2014	71 672 214,00	252 728 000,00	311 477 000,00	263 774 000,00
Královéhradecký kraj	2011	75 142 811,00	238 071 000,00	292 593 000,00	262 260 000,00
Nárůst v %		-5%	6%	6%	1%
Liberecký kraj	2014	55 100 614,00	199 246 000,00	263 037 000,00	207 136 000,00
Liberecký kraj	2011	58 333 611,00	196 298 000,00	244 726 000,00	204 732 000,00
Nárůst v %		-6%	2%	7%	1%
Moravskoslezský kraj	2014	139 129 014,00	541 471 000,00	741 580 000,00	784 094 000,00
Moravskoslezský kraj	2011	164 605 011,00	515 662 000,00	695 282 000,00	733 320 000,00
Nárůst v %		-15%	5%	7%	7%
Olomoucký kraj	2014	84 791 414,00	282 756 000,00	378 072 000,00	360 144 000,00
Olomoucký kraj	2011	90 638 811,00	285 215 000,00	370 030 000,00	375 168 000,00
Nárůst v %		-6%	-1%	2%	-4%
Pardubický kraj	2014	68 959 814,00	251 608 000,00	335 646 000,00	286 940 000,00
Pardubický kraj	2011	70 265 611,00	233 524 334,00	306 953 000,00	288 798 000,00
Nárůst v %		-2%	8%	9%	-1%
Plzeňský kraj	2014	59 016 614,00	251 264 000,00	329 495 000,00	304 640 000,00
Plzeňský kraj	2011	61 904 811,00	239 558 000,00	312 388 000,00	258 312 000,00
Nárůst v %		-5%	5%	5%	18%
Středočeský kraj	2014	123 514 214,00	472 984 000,00	572 101 000,00	476 376 000,00
Středočeský kraj	2011	122 320 411,00	441 923 000,00	535 812 000,00	461 724 000,00
Nárůst v %		1%	7%	7%	3%
Ústecký kraj	2014	103 528 614,00	432 466 000,00	534 557 000,00	405 702 000,00
Ústecký kraj	2011	106 889 011,00	400 077 000,00	489 970 000,00	385 380 000,00
Nárůst v %		-3%	8%	9%	5%
Vysočina	2014	62 709 414,00	242 254 000,00	341 764 000,00	303 412 000,00
Vysočina	2011	70 826 411,00	253 564 000,00	327 445 000,00	326 820 000,00
Nárůst v %		-11%	-4%	4%	-7%
Zlínský kraj	2014	76 362 014,00	289 088 000,00	418 588 000,00	421 680 000,00
Zlínský kraj	2011	87 080 611,00	303 762 000,00	426 840 000,00	427 716 000,00
Nárůst v %		-12%	-5%	-2%	-1%
Ostatní ²³	2014	738 014,00	1 842 000,00	1 870 000,00	1 802 000,00
Ostatní	2011	716 611,00	1 794 000,00	3 121 000,00	2 136 000,00
Nárůst v %		3%	3%	-40%	-16%

V rámci vývoje objemu vyplacených příspěvků na péči je nutno rovněž pracovat s regionálním rozmístěním služeb včetně regionálních prvků financování, což demonstruje i výše uvedená tabulka. Ta obsahuje informace o meziroční změně vyplacených prostředků na PnP. Tabulka dokládá, že trendy v oblasti plánování sociálních služeb je a bude nutné zohledňovat rovněž dle regionálního členění. Z pohledu plánování však bude nutné rovněž zlepšit reporting dat, jelikož některé trendy mohou být zkresleny nejen mezerou ve vykazování dat, ale rovněž evidencí některých údajů ve sběrném středisku. Ve sloupci kraj, v kategorii ostatní, jsou data regionálně nezařazená. Pro dokreslení dat uvádíme v další tabulce přehled počtu příjemců PnP.

²³ Sběrné středisko pro nezařazená data

Tabulka 10: Vývoj počtu příjemců meziroční srovnání 2011 – 2014 dle jednotlivých regionů²⁴

Kraj	Rok	Stupeň závislosti I	Stupeň závislosti II	Stupeň závislosti III	Stupeň závislosti IV
Hlavní město Praha	2014	97 828	97 359	54 096	27 599
Hlavní město Praha	2011	115 265	88 145	44 882	27 029
% změna		-15%	10%	21%	2%
Jihočeský kraj	2014	70 084	70 679	50 303	27 463
Jihočeský kraj	2011	76 852	67 887	45 655	29 936
% změna		-9%	4%	10%	-8%
Jihomoravský kraj	2014	127 856	127 957	89 334	50 540
Jihomoravský kraj	2011	143 742	125 769	85 869	54 167
% změna		-11%	2%	4%	-7%
Karlovarský kraj	2014	29 338	27 666	19 118	10 855
Karlovarský kraj	2011	27 430	25 487	18 014	11 194
% změna		7%	9%	6%	-3%
Královéhradecký kraj	2014	68 126	60 509	38 245	21 814
Královéhradecký kraj	2011	77 759	58 811	36 161	21 857
% změna		-12%	3%	6%	0%
Liberecký kraj	2014	52 163	47 633	32 286	17 089
Liberecký kraj	2011	60 267	48 397	30 277	17 061
% změna		-13%	-2%	7%	0%
Moravskoslezský kraj	2014	128 923	130 461	91 563	64 960
Moravskoslezský kraj	2011	158 067	127 368	86 174	61 129
% změna		-18%	2%	6%	6%
Olomoucký kraj	2014	79 898	68 320	46 657	29 782
Olomoucký kraj	2011	89 877	70 501	45 881	31 272
% změna		-11%	-3%	2%	-5%
Pardubický kraj	2014	63 840	59 967	41 150	23 721
Pardubický kraj	2011	69 928	57 557	37 985	24 073
% změna		-9%	4%	8%	-1%
Plzeňský kraj	2014	56 011	60 082	40 522	25 223
Plzeňský kraj	2011	63 565	59 152	38 680	21 532
% změna		-12%	2%	5%	17%
Středočeský kraj	2014	117 593	114 051	70 432	39 421
Středočeský kraj	2011	125 893	109 292	66 314	38 485
% změna		-7%	4%	6%	2%
Ústecký kraj	2014	92 162	102 929	65 492	33 435
Ústecký kraj	2011	103 120	98 465	60 549	32 117
% změna		-11%	5%	8%	4%
Vysočina	2014	62 024	58 545	42 273	25 171
Vysočina	2011	71 578	62 709	40 622	27 244
% změna		-13%	-7%	4%	-8%
Zlínský kraj	2014	76 038	70 244	51 763	34 941
Zlínský kraj	2011	89 429	75 268	52 951	35 658
% změna		-15%	-7%	-2%	-2%
Ostatní	2014	2 561	424	230	150
Ostatní	2011	2 543	429	373	178
% změna		1%	-1%	-38%	-16%

²⁴ Zdroj dat: MPSV ČR – Statistika vyplacených PnP 2011 a 2014, exportováno z evidence IS OK Stat

Tabulka 11: Podíl opečovávaných na celkovém počtu obyvatel kraje²⁵

Kraj	Rok	Stupeň závislosti I	Stupeň závislosti II	Stupeň závislosti III	Stupeň závislosti IV	Celkem	Počet obyvatel	Podíl opečovávaných na počtu obyvatel v kraji (v %)
Hlavní město Praha	2014	97 828	97 359	54 096	27 599	276 882	1 259 079	1,8%
Jihočeský kraj	2014	70 084	70 679	50 303	27 463	218 529	637 300	2,9%
Jihomoravský kraj	2014	127 856	127 957	89 334	50 540	395 687	1 172 853	2,8%
Karlovarský kraj	2014	29 338	27 666	19 118	10 855	86 977	299 293	2,4%
Královéhradecký kraj	2014	68 126	60 509	38 245	21 814	188 694	551 590	2,9%
Liberecký kraj	2014	52 163	47 633	32 286	17 089	149 171	438 851	2,8%
Moravskoslezský kraj	2014	128 923	130 461	91 563	64 960	415 907	1 217 676	2,8%
Olomoucký kraj	2014	79 898	68 320	46 657	29 782	224 657	635 711	2,9%
Pardubický kraj	2014	63 840	59 967	41 150	23 721	188 678	516 372	3,0%
Plzeňský kraj	2014	56 011	60 082	40 522	25 223	181 838	575 123	2,6%
Středočeský kraj	2014	117 593	114 051	70 432	39 421	341 497	1 315 299	2,2%
Ústecký kraj	2014	92 162	102 929	65 492	33 435	294 018	823 972	3,0%
Vysočina	2014	62 024	58 545	42 273	25 171	188 013	509 896	3,1%
Zlínský kraj	2014	76 038	70 244	51 763	34 941	232 986	585 261	3,3%

3.3 Strategické řízení

Řízení sociálních služeb

Řízení sociálních služeb po strategické linii se odehrává na centrální úrovni, kdy MPSV určuje směr financování a nastavuje právní prostředí pro poskytovatele sociálních služeb. Stejně tak rozhoduje o způsobu a výši vyplacených veřejných zdrojů do sociálních služeb. Celkový objem prostředků na financování sociálních služeb ze státního rozpočtu schvaluje Ministerstvo financí.

Dalšími klíčovými organizacemi, které mají vliv na financování sociálních služeb v regionu, jsou kraje, jež mají v rámci svého území možnost ovlivňovat rozsah sociálních služeb.

V praxi by měl být mechanismus řízení sociálních služeb nastaven na komunitním přístupu, kdy centrální orgány nastavují vrcholová pravidla, ale na konkrétní potřeby reagují obce a kraje, které formou komunitního plánování reagují na poptávku po konkrétních službách a jejich potřebnost. Následně jsou dle těchto koncepčních dokumentů schopny rozdělovat finanční prostředky na zajištění konkrétních služeb. Tímto mechanismem je dle dat z roku 2012 rozdělováno cca 68 % finančních prostředků na péči (procento vychází ze součtu výdajů na péči mimo plateb ze státního rozpočtu v porovnání s celkovými výdaji na péči - jedná se o finance, o kterých může rozhodovat příjemce a komunální poskytovatelé včetně soukromých zdrojů). Z výše uvedeného tedy vyplývá, že veřejné rozpočty mimo PnP rozdělují dle různého klíče velké množství dodatečných finančních prostředků. Otázkou zůstává, zda konstrukci PnP nenavázat na reálnou strukturu výdajů, či na strukturu optimálních výdajů na zajištění péče. Do budoucna dle predikce počítáme se snižováním závislosti systému financování péče na přímých platbách poskytovatelům sociálních služeb z veřejných rozpočtů, a to až na cca 50 % výdajů na zajištění péče.

²⁵ Zdroj dat: MPSV ČR – Statistika vyplacených PnP 2011 a 2014, exportováno z evidence IS OK Stat

Posuzování potřeb

Na posuzování potřeb je nutné nahlížet z několika hledisek. Prvním hlediskem je posuzování potřeb závislé osoby, druhým posuzování potřeb z pohledu požadavků na sociální služby. Potřebnost rozsahu sociálních služeb by měla být plánována na základě demografického vývoje společnosti, případně lze tento aspekt obejít a sociální služby plánovat pouze na základě poptávky ze strany klienta – reálně pouze částečně. Například u sociálního poradenství (myšleno služby, které nabízí jakoukoliv pomoc pečující osobě například v oblasti psychologického poradenství) a služeb odlehčovacích je intervence státu potřebná, a to především z důvodu, že finance klientů by nepokryly reálné potřeby v regionech a docházelo by tak k regionálním disparitám.

Druhou rovinou je pak samotné posuzování stupně závislosti osoby vyžadující péči. **V současné době probíhá posuzování stupně závislosti dle 10 kritérií:**

- Mobilita
- Orientace
- Komunikace
- Stravování
- Oblékání a obouvání
- Tělesná hygiena
- Výkon fyziologické potřeby
- Péče o zdraví
- Osobní aktivity
- Péče o domácnost

Stupně závislosti a jejich klasifikace u osob nad 18 let věku:

- a) stupeň I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (dále také DNZS) není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby (dále také ZŽP),
- b) stupeň II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat pět nebo šest ZŽP,
- c) stupeň III (těžká závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat sedm nebo osm ZŽP,
- d) stupeň IV (úplná závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat devět nebo deset ZŽP,

Stupně závislosti a jejich klasifikace u osob do 18 let věku:

- e) stupeň I (lehká závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat tři ZŽP,
- f) stupeň II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat čtyři nebo pět ZŽP,
- g) stupeň III (těžká závislost) jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat šest nebo sedm ZŽP,
- h) stupeň IV (úplná závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat osm nebo devět ZŽP,

O konkrétním stupni závislosti rozhoduje příslušný úřad práce na základě žádosti a následného posouzení zdravotního stavu, nálezu ošetřujícího lékaře, výsledku sociálního šetření v přirozeném sociálním prostředí, popř. výsledku funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře.

Výše příspěvku dle stupně závislosti u osoby do 18 let/u osoby nad 18 let:

- Stupeň I: 3000 Kč/ 800 Kč
- Stupeň II: 6 000 Kč/ 4 000 Kč
- Stupeň III: 9 000 Kč/ 8 000 Kč
- Stupeň IV: 12 000 Kč/ 12 000 Kč
- Za zákonem vymezených podmínek může být příspěvek navýšen o 2 000 Kč

Poskytování sociálních služeb

Následující kapitola obsahuje stručné představení sociálních služeb v ČR poskytovaných v souladu s ustanovením zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Sociální služby zahrnují **sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence**. Z hlediska formy poskytování se sociální služby poskytují jako služby **pobytové, ambulantní nebo terénní**. „Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se

rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena či dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.“²⁶

Mezi zařízení sociálních služeb z pohledu dlouhodobé péče patří²⁷:

- centra denních služeb,
- denní stacionáře,
- týdenní stacionáře,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem,
- chráněné bydlení,
- domy na půl cesty,
- terapeutické komunity,
- sociální poradny,
- sociálně terapeutické dílny,
- centra sociálně rehabilitačních služeb,
- zařízení následné péče.

Základní činnosti při poskytování sociálních služeb jsou zejména následující²⁸:

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- základní sociální poradenství,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- telefonická krizová pomoc,
- nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

V další části textu uvádíme vybraná data o stavu sociálních služeb z pohledu využitelnosti u dlouhodobé péče.

²⁶ Zdroj: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

²⁷ Zdroj: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

²⁸ Zdroj: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Tabulka 12: Druhy sociálních služeb poskytovaných v ČR, stav k 31. 12. 2012²⁹

Název	Celkové příjmy v 2012 (v tis. Kč)	Počet uživatelů k 31.12.2012 ³⁰ (za rok 2012)		Počet poskytovaných služeb v r. 2012
		Stav	Tok	
Centra denních služeb	142 982	844	6 267	86
Denní stacionáře	640 201	2 894	5 176	262
Týdenní stacionáře	235 412	827	827	66
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	4 649 511	13 334	13 334	214
Domovy pro seniory	10 112 872	36 197	36 197	485
Domovy se zvláštním režimem	3 315 898	10 300	10 300	211
Chráněné bydlení	454 289	2 606	2 606	144
Osobní asistence	391 391		6 554	209
Pečovatelská služba	2 226 350		113 041	730
Tísňová péče	26 410		2 392	16
Průvodcovské a předčitatelské služby	9 677		723	25
Podpora samostatného bydlení	39 781		578	44
Odlehčovací služby	600 705		11 201	271
Sociálně terapeutické dílny	221 219	745	3 608	119
Centra sociálně rehabilitačních služeb	559 494	949	18 066	274
Pracoviště rané péče	90 395	0	3 853	44
Tlumočnické služby	19 019		7 235	35
Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	259 729		N/A	224
Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním pojištěním	116 212		39 819	229
Telefonická krizová pomoc	59 246		N/A	38
Služby sociálního poradenství	441 898		0	625
Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče	N/A		116	

Na základě výše uvedené tabulky byly vyčísleny průměrné náklady na zajištění péče na jednu osobu ve vybraných typech pobytových zařízení. Ve statistikách není evidována doba, po kterou klient službu využívá (zda celoročně nebo pouze po omezenou dobu). Vyčíslení nákladů vychází z předpokladu, že služba je čerpána po celý rok v délce 12 měsíců na jednoho klienta. (Vzhledem ke skutečnosti, že klient může využívat službu i kratší dobu, vyčíslené náklady na jednotku představují minimální náklady.)

²⁹ Zdroj: Import z přehledu žádostí o dotace. Deloitte Advisory s.r.o., *Studie proveditelnosti: Výběr a zdůvodnění optimální varianty financování sociálních služeb*. Praha, 2015.

³⁰ Údaje ze Statistické ročenky 2012 vypracované MPSV ČR. Stavové statistiky uvádějí počet uživatelů ke konkrétnímu datu – např. 31. 12. 2012, zatímco tokové statistiky uvádí počet uživatelů v průběhu sledovaného období, nejčastěji 1 roku. Nedostatkem tokových statistik je nemožnost zjistit unikátnost nebo duplicitu uživatele a nemožnost zjistit délku užívání služby (zda uživatel službu využíval pouze jednorázově, nebo po celé sledované období). Z toho důvodu preferuje Zpracovatel v rámci analýzy statistiky stavové. Nedostatkem stavových statistik je rovněž nesledování délky užívání služby, které podhodnocují údaje o celkové vytíženosti z důvodu, že někteří uživatelé využívají služby pouze krátkodobě nebo jednorázově, nikoliv po celé období sledování. Toková statistika nenavýšuje počet uživatelů z pohledu vícenásobných návštěv u poskytovatele v průběhu sledovaného období, a proto vyjadřuje ke konkrétnímu datu procentuální obsazenost daného zařízení.

Tabulka 13: Náklady na jednu osobu a měsíc ve vybraných pobytových zařízeních za předpokladu, že každý uživatel čerpá službu po celý rok³¹

Název služby	Celkové příjmy v 2012 (v tis. Kč)	Počet uživatelů k 31. 12. 2012	Přímé náklady na jednotku (v Kč)
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	4 649 511	13 334	29 058
Domovy pro seniory	10 112 872	36 197	23 282
Domovy se zvláštním režimem	3 315 898	10 300	26 828
Chráněné bydlení	454 289	2 606	14 527

Příkladem může být osoba, která je pobíratelem průměrného starobního důchodu a PnP na úrovni stupně závislosti II. V případě domácí péče stát na tuto osobu vynaloží na PnP 8 000,- Kč a 11 050,- Kč na starobní důchod, což činí celkem 19 050,- Kč, které může tato osoba využít pro potřeby úhrady domácí péče. Jedná se však pouze o přímé náklady, které je nutné rozšířit dle toho, kdo je pečující osobou. Je-li pečující osobou pobíratel dalších sociálních dávek, tak v kombinaci s jeho ohrožením na trhu práce se již domácí péče ekonomicky nevyplatí. Zde je však nutno počítat se společenským přínosem domácí péče. Stejný model je například u chráněného bydlení, které dle tohoto modelu nákladovosti opět vychází ekonomicky výhodněji. Při posuzování celkových nákladů na péči je nutné promítnout ještě sníženou ekonomickou aktivitu pečující osoby a její závislost na systému sociálních dávek. Na základě výše uvedených dat nelze zcela jednoznačně určit, že je systém poskytování neformální péče levnější. Pokud budeme poměřovat pouze přímé absolutní částky vynaložené na péči, pak je domácí péče levnější.

Do zhodnocení míry efektivity je nutné promítnout následující socioekonomické vlivy:

- Ekonomická aktivita pečující osoby
- Závislost pečující osoby na systému sociálních dávek
- Náklady na zajištění souvisejících služeb
- Společenská sounáležitost a mezigenerační solidarita
- Náklady na začlenění jedince do společnosti
- Schopnost uplatnění se na trhu práce
- Spokojenost obyvatel

Ceny služeb upravené vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění³²

Kapitola obsahuje pro názornost stropy v oblasti financování vybraných sociálních služeb z pohledu nastavení ceníkových cen.

³¹ Zdroj dat: Vlastní zpracování.

³² Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Tabulka 14: Služby upravené touto vyhláškou a vztahující se k čerpání PnP³³

Služba	Hodinová sazba	Cena za stravu celodenní	Cena za oběd	Cena za ubytování	Ostatní
Základní sociální poradenství	x	x	x	x	x
Odborné sociální poradenství	x	x	x	x	x
Osobní asistence	130	x	x	x	x
Pečovatelská služba	130	170	75		30,- Kč dovoz nebo donáška jídla, celý nákup 115,- Kč za úkon, 70,- Kč za kilogram prádla
Tísňová péče	x	x	x	x	maximální výše se rovná reálným nákladům na zajištění péče
Průvodcovské a předčitatelské služby	130	x	x	x	x
Podpora samostatného bydlení	130	x	x	x	x
Odlehčovací služby	130	170	75	200	x
Centra denních služeb	130	170	75		x
Denní stacionáře	130	170	75		x
Týdenní stacionáře	x	170	75	210	x
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	x	170	75	210	x
Domovy pro seniory	x	170	75	210	x
Domovy se zvláštním režimem	x	170	75	210	x
Chráněné bydlení	130	170	75	210	x
Služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče	x	170	75	210	x
Raná péče	x	x	x	x	x
Telefonická krizová pomoc	x	x	x	x	x
Tlumočnické služby	x	x	x	x	x
Azylové domy	x	170	75	100/70 dítě	x
Domy na půli cesty	x	x	x	130	x
Kontaktní centra	x	x	x	x	x
Krizová pomoc	x	x	x	x	x
Intervenční centra	x	x	x	x	x
Nízkoprahová denní centra	x	x	x	x	x
Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	x	x	x	x	x
Noclehárny	x	x	x	x	x
Služby následné péče	x	170	75	180	x
Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	x	x		x	x
Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	x	x		x	x
Sociálně terapeutické dílny	x	170	75	x	x
Terapeutické komunity	x	170	75	180	x
Terénní programy	x	x	x	x	x
Sociální rehabilitace	x	x	x	x	x

³³ Zdroj dat: Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění, §3 a následující.

Možné scénáře financování sociálních služeb z PnP

Tabulka 15: Možné scénáře možnosti financování vybraných sociálních služeb z PnP FO (Vlastní zpracování)³⁴

Název služby	Sazba hodina práce	Sazba oběd	Sazba strava celodenní	Sazba ubytování	Výše příspěvku stupeň závislosti III osoba nad 18 let	Cena služeb	Počet dní využití služby z příspěvku ³⁵
Osobní asistence, pracovní den	130				8 000,00	1 300,00	6,2
Pečovatelská služba, 3 hodiny denně	130		170		8 000,00	560,00	14,3
Podpora samostatného bydlení, pracovní den	130				8 000,00	1 300,00	6,2
Odlehčovací služby, pracovní den	130		170	210	8 000,00	1 680,00	4,8
Centra denních služeb, pracovní den	130		170		8 000,00	1 470,00	5,4
Denní stacionáře, pracovní den	130		170		8 000,00	1 470,00	5,4
Týdenní stacionáře, týden	130		170	210	8 000,00	8 400,00	x
Domovy pro osoby se zdravotním postižením, měsíc za předpokladu 3 hodin denně na klienta	130		170	210	8 000,00	23 100,00	x
Pečovatelská služba, pouze oběd		75			8 000,00	2 250,00	x

Výše uvedená tabulka obsahuje možné scénáře čerpání doplňkových služeb a jejich vliv na rychlost čerpání PnP. Je patrné, že i za předpokladu, že osoba, která poskytuje dlouhodobou péči osobě závislé ve stupni III (což je na hranici každodenní péče) má sice možnost využívání doplňkových služeb, avšak pokud nemá jiný zdroj příjmů, či je zdroj jejich příjmů omezený, nebude mít možnost služeb využívat ve větší míře. V případě, že bude chtít tato osoba využít služeb stacionáře, či odlehčovacích služeb, nebude si to moci z dlouhodobého horizontu dovolit. Z tohoto důvodu je nutné pracovat s doplňkovými nástroji, jako je například placená dovolená pečující osoby, nebo vícezdrojové financování.

3.4 Legislativní ukotvení

Stávající právní předpisy obsahují komplexní úpravu z pohledu přidělení příspěvku a stanovení jeho výše. Právní předpisy České republiky rovněž umožňují různé formy flexibilního zaměstnávání a rovněž je upravena podpora zaměstnávání OZP a OOP.

Hlavní právní předpisy upravující problematiku péče o fyzickou osobu jinou fyzickou osobou:

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který upravuje, nárok na příspěvek, jeho výši, způsob rozhodování, pravidla pro zainteresované strany
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění
- Zákon číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), který upravuje přesah péče mezi sociální a zdravotní sítí, ale ve velmi omezeném rozsahu. Tento překryv je bohužel z pohledu financování dlouhodobě nejasný.
- Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, který upravuje postavení úřadu práce, definuje právo na zaměstnání a další souvislosti vážící se primárně na zefektivnění trhu práce.
- Zákon č. 262/2006 Sb., Zákoník práce, který upravuje různé formy zaměstnávání, jež jsou nastaveny vstřícně pro osobu pečující, i pro osobu závislou. V praxi je však využívání různých forem zaměstnávání spojeno s neochotou zaměstnavatelů.

Právní předpisy v podmínkách ČR upravují problematiku péče dostatečným způsobem. V právní úpravě absentuje nastavení systému podpory pečujících osob a úprava částečné formalizace systému poskytování péče.

³⁴ Zdroj dat o sazbách stravy a ubytování Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění, §3 a následující.

³⁵ Kalkulovaná doba služby 10h denně. Pracující je v zaměstnání 8,5h, cesta do práce, zajištění potřeb (nákupy atd.)

3.5 SWOT analýza systému financování dlouhodobé péče v ČR

SWOT analýza byla zpracována na základě studia širšího okruhu dokumentace a je konstruována pro potřeby zdůvodnění výběru kritérií ovlivňujících efektivitu financování sociálních služeb.

Tabulka 16: SWOT analýza systému financování dlouhodobé péče v ČR

Silné stránky	Slabé stránky
<ul style="list-style-type: none"> Důraz na poskytování sociálních služeb v přirozeném prostředí Finanční podpora ze strany státu Vysoká míra motivace rodinných příslušníků postarat se o osobu blízkou Vysoká možnost ovlivnit kam budou směřovány finanční prostředky v rámci PnP a soukromých zdrojů 	<ul style="list-style-type: none"> Absence standardů poskytování neformální péče Nedostatečná kontrola poskytování neformální péče Nedostatečné využívání kombinace sociálních služeb Neochota vzdát se příjmů, volného času, společenských vazeb Nesystémovost v oblasti propojení s terénními zdravotnickými službami Psychická a fyzická náročnost systému péče Podfinancovanost systému Nízká míra zastupitelnosti při neformální péči zajišťované rodinnými příslušníky Využívání PnP za jiným účelem, než na který je přímo určen Nízké povědomí veřejnosti o neformální péči Nedostatečná flexibilita systému Absence systémové podpory neformálních pečovatелů Slabá podpora ze strany zaměstnavatelů
Příležitosti	Hrozby
<ul style="list-style-type: none"> Rozvoj kvalifikačního standardu v oblasti neformální péče Servisní podpora neformálních pečovatелů Standardizace neformální péče Využití všech zdrojů financování neformální péče Rozvoj sociální sounáležitosti Podpora flexibilních forem zaměstnávání Ovlivňování výše příjmů 	<ul style="list-style-type: none"> Politická rizika ovlivňující nastavení systému poskytování a financování sociálních služeb Lobby formálních poskytovatelů sociálních služeb Propad (ztráta prestiže) sektoru sociálních služeb/vývoj společenských priorit Demotivace veřejnosti k poskytování neformální péče Ekonomická situace

Popis atributů SWOT analýzy je obsažen v tabulce níže.

Tabulka 17: Popis atributů SWOT analýzy

Silné stránky	
Důraz na poskytování sociálních služeb v přirozeném prostředí	V současné době je preferováno poskytování péče v přirozeném prostředí.
Finanční podpora ze strany státu	Systém je financován především v rámci PnP, ale zdrojů financování je celá řada. Například Jihomoravský kraj v letošním roce vypsala dotační titul, který obsahuje oblast podpory právě neformálního pečovatелství s důrazem na odlehčovací služby.
Vysoká míra motivace rodinných příslušníků postarat se o osobu blízkou	Na základě zrealizovaných průzkumů vyplývá, že většina respondentů by chtěla žít v domácím prostředí a zároveň také to, že většina respondentů je za určitých podmínek ochotna zajistit péči o osobu blízkou.
Vysoká možnost ovlivnit kam budou směřovány finanční prostředky v rámci PnP a soukromých zdrojů	Příjemci dávky a pečující osoby jsou schopni ovlivňovat určení více jak 70 % finančních prostředků směřujících na péči, čímž mají možnost mluvit do struktury služeb a poskytovatelů.
Slabé stránky	

Absence standardů poskytování neformální péče	Neexistence standardů především z pohledu institucionálního zabezpečení podpory neformálních pečovatelských týmů je faktor, který ovlivňuje udržitelnost systému. Zde je nutná podpora systémové osvěty a především příprava na péči v terminálním stádiu. Případně lepší propojení s terénními službami a službami odlehčovacími.
Nedostatečná kontrola poskytování neformální péče	Při rozvoji systému bude nutné rovněž dohlížet nad plněním pravidel systému. Zároveň má kontrola za cíl ověřit podmínky, ve/za kterých je péče poskytována.
Nedostatečné využívání kombinace sociálních služeb	Osoby, které pečují o osobu blízkou, nedostatečně využívají kombinace služeb, což je způsobeno celou řadou faktorů, které pramení z nedostatku financí, řídké sítě poskytovatelů sociálních služeb a nízkou mírou povědomí.
Neochota vzdát se příjmů, volného času, společenských vazeb	Celá řada osob má strach ze ztráty financí, což by bylo možné kompenzovat zvýšeným příjmem, který adekvátně nahradí ten ušlý, či dále také podporou flexibilního zaměstnávání. Stejně tak i ztráta volného času by mohla být kompenzována možností využívání doplňkových služeb.
Nesystémovost v oblasti propojení s terénními zdravotnickými službami	Sociální a zdravotní služby nejsou nikterak koordinovány, což způsobuje opět nárůst počtu klientů v terminální fázi péče u pobytových zařízení.
Psychická a fyzická náročnost systému péče	Poskytování péče je velmi fyzicky a psychicky náročné, proto je nutné kombinovat domácí péči s péčí profesionálního terénního pracovníka. Mnoho osob, které berou PnP jako náhradu svého příjmu, se ke kombinaci více služeb staví zdrženlivě.
Podfinancovanost systému	Systém neformální péče je v současné době ve velké míře závislý na příspěvku na péči, který je nosným zdrojem financování. Zcela absentuje pohled na financování okolního systému mimo systém pečovatelských týmů. Jedná se o realizaci izolovaných projektů, které nemají systémový a republikový dopad, což opět vede k roztržitosti podmínek pro plynulé fungování systému.
Nízká míra zastupitelnosti při neformální péči zajišťované rodinnými příslušníky	Jedná se o faktor, který výrazně ovlivňuje efektivitu nastaveného systému a to především s ohledem na možnost odpočinku pečující osoby. Dle provedených průzkumů je prokázána minimální zastupitelnost pečujícího. Pro potřeby adekvátního zajištění je vhodné podporovat systém zastupitelnosti osob v rámci péče. Nízká míra zastupitelnosti má následně za následek nespokojenost a vyhoření pečující osoby, přičemž pečující je ohrožen rovněž v partnerském vztahu.
Využívání PnP za jiným účelem, než na který je přímo určen	Jedna rovina praví, že mezi veřejností panuje přesvědčení, že jsou příspěvky zneužívány. Druhá pak poukazuje na fakta, že někdy dochází k využívání PnP za jiným účelem, respektive pro vylepšení rodinných rozpočtů, což má dopad na efektivitu systému a rovněž na jeho obraz v očích veřejnosti. Tyto případy jsou však ojedinělé.
Nízké povědomí veřejnosti o neformální péči	Veřejnost má povědomí o tom, že je potřeba zajistit péči o osobu blízkou, avšak již nezná nástroje a cesty a také je nevhodná, pokud se do této situace nedostane někdo jejích z blízkého rodinného kruhu. Nutná změna tohoto společenského postoje by měla spočívat v prosazování otevřenosti systému, jeho solidárnosti a informování o možnostech a přínosech zajištění péče v přirozeném prostředí. Většina dotázaných v rámci dotazníkového šetření provedeného společností Deloitte pro MPSV by rovněž sama chtěla dožít v domácnosti.
Nedostatečná flexibilita systému	Stávající systém neumí reagovat dostatečně flexibilně. Jedná se především o rychlost reakce v rámci systému, která je do značné míry ovlivněna způsobem posuzování. Opět by zde mohla být možnost vyplácení dávky v předstihu, nebo možnosti čerpat pečovatelskou dovolenou po dobu optimálně 3 měsíců, aby se pečovatel mohl na vzniklou situaci připravit.
Absence systémové	V současné době neexistuje v rámci systému psycho-sociální podpora a zároveň

podpory neformálních pečovatелů	není vybudováno dostatečné institucionální zázemí pro potřeby podpory pečovatелů, kteří se dlouhodobě starají o fyzickou osobu.
Slabá podpora ze strany zaměstnavatelů	Zaměstnavatelé nevycházejí příliš vstřícně pečujícím osobám. Podíl snížených pracovních úvazků je u nás velmi malý oproti srovnání s jinými státy a u většiny zaměstnavatelů není velká vůle rozvoj tohoto typu zaměstnávání podporovat.
Příležitosti	
Rozvoj kvalifikačního standardu v oblasti neformální péče	V reakci na výše uvedené silné a slabé stránky se jeví jako žádoucí u dlouhodobě pečujících osob tuto péči částečně profesionalizovat. Jako vhodné řešení se jeví realizace vstupního proškolení pečujících v předpokládaném rozsahu 3 dny a minimálně každé 3 roky testování na syndrom vyhoření a průběžná školení. Lze předpokládat, že tento prvek nebude mít vliv na růst nákladů na zajištění systému.
Servisní podpora neformálních pečovatелů	Zavedením této instituce by došlo k ulehčení neformálním pečovatелům z pohledu požadavků na jejich kvalifikaci a fyzickou a psychickou zátěž, kterou prožívají. Podpora by měla být účinná minimálně v horizontu 3 let od zahájení péče na operativní bázi a v následujících letech by měla být zajišťována dle potřeby (avšak minimálně jednou za 3 roky z pohledu duševní hygieny a prevence syndromu vyhoření).
Standardizace neformální péče	Příležitostí je rozvoj minimálního standardu poskytované péče dle výše uvedených předpokladů.
Využití všech zdrojů financování neformální péče	Cílem je optimalizace kombinace veškerých možností podpory rozvoje financování neformální péče, která bude vycházet z konkrétních potřeb cílové skupiny a především bude odpovídat reálným potřebám cílové skupiny.
Rozvoj sociální sounáležitosti	Jedná se o záležitost společenského rázu a závisí na úrovni kulturní vyspělosti společnosti, která se v mnoha ohledech posiluje. Nadále je nutné pracovat na pozitivním obrazu pečovatелů v očích veřejnosti a především na budování pocitu přínosnosti poskytovat péči v domácím prostředí.
Podpora flexibilních forem zaměstnávání	Cílem je posilovat u zaměstnavatelů i u veřejnosti povědomí o využitelnosti těchto forem zaměstnávání. Důležitým aspektem rozvoje těchto forem zaměstnávání je růst společenského blahobytu, tzn., že určité míry dosáhne společnost až ve vyšším stádiu rozvoje.
Ovlivňování výše příjmů	Příležitost spočívá především v možnosti sladování stávajících příjmů s příjmy v době, kdy osoba pečuje o jinou FO. Předpokládáme, že osoba není ochotná se vzdát práce a to především z důvodu vysokého propadu příjmů a životního standardu. Pokud by však byl nastaven mechanismus kompenzace příjmů, zvedla by se míra ochoty pečovat o osobu blízkou.
Hrozby	
Politická rizika ovlivňující nastavení systému poskytování a financování soc. služeb	Jednoznačné riziko spočívající v neustálé změně vize v oblasti veřejných politik, které mohou mít vliv na cílení domácí péče.
Lobby formálních poskytovatelů sociálních služeb	Domácí péče bude ubírat klientelu poskytovatelům sociálních služeb, což mohou nést nelibě a intervenovat ve prospěch podpory například pobytových zařízení.
Propad (ztráta prestiže) sektoru soc. služeb/vývoj společenských priorit	V případě, že se vyskytne společenská krize, může mít negativní dopad na kulturu společnosti a společenskou sounáležitost.
Demotivace veřejnosti k poskytování neformální péče	Pečovatelé se stanou stigmatizováni nejen společensky, ale rovněž na trhu práce. Vzhledem k náročnosti, poskytování péče nebude dostatečně kompenzováno. Pečovatelé následně nebudou mít zájem poskytovat péči v přirozeném prostředí.
Ekonomická situace	Vývoj ekonomické vyspělosti společnosti má výrazný vliv na možnosti financování

3.6 Kritéria ovlivňující efektivitu financování osob závislých na pomoci jiné FO

V oblasti efektivit vynakládaných zdrojů na financování osob závislých na pomoci jiné FO existuje celá řada proměnných, jež jsou shrnuty v této kapitole. V této části je nutné rovněž zohlednit kvalitativní prvky, které budou mít vliv na nastavení systému financování. Cílem této kapitoly je posouzení faktorů, které mohou při optimálním nastavení systému neformální péče ovlivnit výši nákladů potřebných pro zajištění udržitelného systému.

Při nastavení kritérií vychází Zpracovatel z několika předpokladů, kdy hlavním předpokladem je skutečnost, že o osobu blízkou by se měl postarat rodinný příslušník. Klíčovým faktorem je vymezení cílové skupiny, o kterou je pečováno. Další důležitou proměnnou je délka péče, již je potřeba zohlednit průřezově u většiny kritérií.

Faktory ovlivňující efektivitu financování

- Faktor rozdělování/přidělování PnP
- Faktor využívání PnP

Výše uvedené faktory se následně rozpadají do dílčích kritérií ovlivňujících efektivitu financování osob závislých na pomoci jiné FO. Tyto kritéria je následně nutné promítnout do nastavení systému financování a vzápětí na ně reagovat z pohledu návrhu systému financování.

Výčet kritérií ovlivňujících efektivitu financování osob:

- Cílová skupina, o kterou je pečováno
- Míra ochoty pro zajištění péče v přirozeném prostředí
- Monitoring reálných nákladů
- Osvěta
- Míra standardizace neformální péče
- Institucionální podpora pečujících
- Míra finanční redistribuce
- Psychosociální podpora
- Flexibilita trhu práce
- Solidarita systému
- Míra závislosti
- Délka péče

Výše uvedená kritéria do velké míry ovlivňují a budou ovlivňovat přístup k péči o osobu blízkou. V dalším textu jsou uvedeny aspekty jednotlivých kritérií. Jednotlivá kritéria se vzájemně prolínají.

Cílová skupina, o kterou je pečováno

Jedná se o klíčové kritérium, které dokáže ovlivnit motivaci pečujícího, jeho další uplatnitelnost na trhu práce a především náklady systému sociálních služeb. Důležitou roli zde hraje především míra zabezpečení pečujícího či opečovávaného, flexibilita trhu práce, institucionální podpora. Toto kritérium je podmíněno především tím, zda je pečováno o dítě či dospělého, který vyžadoval péči od brzkého věku a povětšinou rodiče, kteří o tuto osobu pečují, neměli možnost se na péči připravit/finančně zabezpečit. U stupně závislosti 1 – 3 je výše příspěvku odlišná proti osobě, která pečuje o osobu starší 18 let, ale u stupně závislosti 4 je výše příspěvku shodná pro obě cílové skupiny. Pečující či opečovávaní neměli příležitost se na tuto situaci připravit, proto je důležité zohlednit míru hmotného zabezpečení opečovávaného, nebo pečujícího.

Toto kritérium může mít spíše pozitivní vliv na nákladovost systému. V případě, že bude posuzována míra hmotného zabezpečení příjemce PnP, tak u osob které disponují dostatečným materiálním zabezpečením, bude míra financování nižší. Počet zástupců této cílové skupiny je vyšší a tím by mohlo dojít rovněž k výrazné úspoře systému neformální péče. U těchto osob by byla péče kryta z jejich úspor.

Míra ochoty pro zajištění péče v přirozeném prostředí

Míra ochoty je faktor, který může nepřímo ovlivnit nákladovost systému sociální péče. V případě, že identifikovaný náklad na zajištění péče v přirozeném prostředí je nižší, než u institucionální péče, bude preferovanou péčí ta, která bude poskytována v domácím prostředí. Pokud však motivace poskytovat péči v přirozeném prostředí bude nižší a osoby, které tuto péči budou poskytovat, nebudou projevovat dostatečnou míru ochoty, nebude možné maximalizovat úsporu nákladů na péči. Níže uvedené faktory vychází z výše citovaného sociologického průzkumu společnosti Deloitte pro MPSV.

Motivaci pečujícího lze zvýšit následujícími faktory:

- **Příspěvek by měl být vázaný na úroveň příjmu pečujícího / opečovávané osoby a úroveň hmotného zabezpečení obou stran**
- **Trh práce by měl být více flexibilní a zaměstnavatelé by měli podporovat formy flexibilního zaměstnávání**
- **Formální a neformální péče by měla být více provázána** – zde jde především o prevenci syndromu vyhoření, ponorkové nemoci a dalších faktorů, které ovlivňují synergií soužití

První kritérium může mít výrazný vliv na nákladovost systému zvláště za předpokladu eliminace pauperizace pečujících osob. Na financování bude mít vliv rovněž provázanost formální a neformální péče. Zde je klíčové především jasné oddělení obou systémů financování. Z PnP je velmi malé procento finančních prostředků využíváno na kombinaci obou forem služeb. Toto je dáno především skutečností, že PnP je vnímán jako náhrada příjmu pečující osoby. Zvýšení flexibility trhu práce je opatření, které bude mít neutrální vliv na systém financování sociálních služeb.

Monitoring reálných nákladů

Jedná se o kritérium, které bude mít výrazný vliv na nastavení systému financování, zároveň bude zatěžujícím kritériem pro poskytovatele sociálních služeb. V současné době se systém vyznačuje výraznou absencí reálných dat o finančních tocích. Doporučené nastavení by mělo zohledňovat veškeré finanční toky, které budou spočívat v poskytování dat o využívání PnP, tj. příjemce PnP bude poskytovat informace o využití příspěvku v členění na konkrétní služby. Tato změna systému přispěje ke zvýšení transparentnosti.

Osvěta a školení

Toto kritérium spočívá především v informování veřejnosti o aspektech péče a zároveň ve školení pečujících, jak péči poskytovat. Cílem by mělo být zvýšení prestiže pečující osoby a zvýšení sociální solidarity. Jedná se o opatření, které bude mít vliv na zvýšení nákladů především z pohledu školení pečujících osob, jak efektivně a kvalitně poskytovat sociální péči. Při počtu 314 000 pečujících lze předpokládat náklady na školení v rozsahu cca 628 000 000,- Kč. Jedná se však o částku, která neodpovídá reálným potřebám. Školení by se týkalo pouze osob, které poskytují péči dlouhodobě. Na základě analyzovaných dat hovoříme o cca 10 000 osobách ročně (procentní změna počtu pečujících osob z pohledu meziročního přírůstku pečujících v době náběhu systému). Náklady na zajištění vzdělávání neformálních pečovateli by tedy činily cca 10 000 000,- Kč ročně. Jedná se o výdaj, který jde nad rámec stávajícího systému. Zpracovatel doporučuje vzdělávání těchto osob zastřešit ze strany organizace v resortu MPSV. Na nastavení systému vzdělávání a realizaci vzdělávacích aktivit je možné využít finanční prostředky ze zdrojů EU.

Míra standardizace neformální péče a její institucionální podpora

Standardizace neformální péče spočívá především v zajištění institucionální podpory pečujících osob. V první řadě je nutné vytvořit systém vzdělávání neformálních pečovatелů, kteří budou následně schopni poskytovat péči v požadovaném rozsahu a struktuře. Na systém vzdělávání lze následně navázat požadavek na kvalifikační standard dlouhodobě pečující osoby. Standardy ovšem nesmí vést k přeregulování institutu neformální péče, aby nedošlo ke komplikaci poskytování péče na bázi běžné rodinné reciprocity.

Jedná se o faktor, který do budoucna může výrazně ovlivnit nákladovost systému financování sociálních služeb.

Druhým rozměrem je právě avizovaná institucionální podpora, která spočívá ve vytvoření dostatečné sítě podpory domácích pečovatелů z pohledu informačního a věcného. Pečující, nebo osoba, která se stane pečovatelem, potřebuje v určitých fázích nejen psychickou podporu, ale rovněž informace o možnostech, které se jí nabízejí například z pohledu kombinace více nástrojů financování péče, nebo zajištění odlehčovacích služeb.

Z provedených šetření je patrné, že míra informovanosti osob, které pečují o seniora, zvláště v prvních měsících, je velmi nízká, resp. nižší, než u osoby, která péči poskytuje dlouhodobě. Informovanost se rapidně zvyšuje po 4 letech péče.

Tento faktor má tedy dopad na náklady systému, ale zároveň má velmi úzkou vazbu na efektivitu vynakládaných finančních prostředků. Systém je sice dražší na vstupu, ale ovlivňuje následně alokaci PnP a umožňuje kombinaci více typů služeb. Zvláště péče v terminálním stádiu je náročná, a tuto pak není osoba mnohdy schopna vykonávat samostatně, proto je velmi důležité lépe nastavit pravidla pro kombinaci služeb a zároveň zamezit regionálním disproporcím, které jsou patrné z analytické části a ovlivňují rozsah i strukturu pečujících. Zavedení tohoto systému by znamenalo výrazný nárůst nákladů na zajištění systému přímé péče, který by však musel jít ruku v ruce se změnami systému pobytové péče.

Míra finanční redistribuce

Jedná se o kritérium, které je čistě finanční, ale na míru projevu tohoto kritéria má vliv vrstevnatost systému financování přímé péče a sociálních služeb jako takových. V současné době je systém financování sociálních služeb nastaven neefektivně a mnohokolejně na základě celé řady výjimek. Tato skutečnost zkresluje následně zhodnocení reálné nákladovosti systému a dochází tak k paušalizaci některých proměnných, které by za okolností výkonově orientovaného rozpočtování mohly vykazovat odlišný trend. Tato změna by v podstatě znamenala reálné posuzování potřeb klienta sociální služby, který by získával voucher/poukaz na péči a za tento by si službu následně pořizoval od poskytovatele dle vlastního výběru, čímž by došlo k výrazné úspoře na redistribuci finančních prostředků na zajištění sociálních služeb a rovněž k setření rozdílů mezi formální i neformální péčí z pohledu její finanční atraktivity. Tato změna by však měla výrazný dopad na nákladovost systému jeho celku, případně na udržitelnost formálních služeb. Zde je rovněž nutné zohlednit, jakým směrem se výše finančních prostředků v rámci vouchery přikloní. V této oblasti je nutné identifikovat rovněž potřebnost kapacit, které péči zajistí u osob, které nemají blízké, případně u osob, kde tato možnost nepřichází v úvahu. Jasně nastavení pravidel systému by mohlo mít rovněž vliv na oddělení systému financování zdravotnické a sociální péče.

Udržitelnost systému a eliminace zvýšených finančních dopadů na systém pak může být zajištěna posuzováním majetku osoby, o kterou je pečováno, především u seniorů. Příspěvek může být rovněž poskytován zálohově atd. Existuje celá řada proměnných, které mohou ovlivnit efektivitu vynakládaných finančních prostředků právě z pohledu způsobu úhrady.

Výše uvedené je možným scénářem revize sítě poskytovatelů sociálních služeb, která by mohla dle výše uvedeného popisu být závislá ryze na poptávce.

Psychosociální podpora

Jedná se o kritérium, které se váže především na potřebu osoby, která poskytuje péči v přirozeném prostředí, zvláště péči, která je každodenní, a tím i fyzicky a psychicky náročná. Mezi její potřeby v určité fázi péče patří možnost odpočinku od péče, nebo potřeba podpory psychiky. Při dlouhodobé péči díky celé řadě psychosociálních důvodů dochází ke snižování míry efektivity a míry ochoty pečovat. Z tohoto důvodu je kritériem, které ovlivňuje absolutní částku potřebnou pro finanční zajištění péče právě nutnost pracovat s motivací a psychickou pohodou pečující osoby. Zde je důležité rovněž pracovat se stigmatizací pečující osoby, která se nedostává příliš mnoho do styku s ostatními a péče bývá mnohdy společensky nedocenená.

Flexibilita trhu práce

V současné době nejsou v podmínkách ČR dostatečně rozšířeny formy flexibilního zaměstnávání. Je nutno vnímat, že některé profese tuto možnost ani nepřipouštějí. Na druhou stranu je vidět pozitivní trend v přístupu zaměstnavatelů, kteří jsou ve vybraných profesích ochotni více zaměstnávat osoby například na zkrácený úvazek.

Fakt, že v současné době není systém flexibilního zaměstnávání dostatečně rozvinut, má vliv na náklady podpory v nezaměstnanosti a samozřejmě i na chudnutí osob, které pečují o osobu blízkou. Jedná se o problém, který se projevuje ve vícenákladech systému aktivní politiky zaměstnanosti a mimo to i na samotném financování sociálních služeb. Efektivitu financování PnP tento fakt ovlivňuje až zprostředkovaně, kdy se pečující osobě snižuje možnost zabezpečit se na péči, kterou bude do budoucna potřebovat.

Solidarita systému

V současné době systém nezohledňuje úroveň příjmu respektive hmotného zabezpečení příjemce PnP. Tento fakt však může mít výrazný vliv na efektivitu systému financování. Systém by tak mohl fungovat zálohově, kdy je každému příjemci vyplácená dávka dle jeho reálných potřeb a následně je příspěvek vyúčtován z pohledu míry vlastního zabezpečení osoby.

Míra závislosti

Výše popsaná stávající kritéria posuzování míry závislosti neposuzují reálné požadavky osoby, o kterou je pečováno, a to především z pohledu priority zajistit primárně domácí péči. Zařízení sociální péče jsou v této části zvýhodněna, proto je klíčové pracovat s dalšími kritérii, která plně připraví podmínky pro pečujícího v domácím prostředí. Zvýhodnění zařízení sociální péče spočívá především ve vícezdrojovém financování a větší vybavenosti pro péči o závislou osobu.

Délka péče

Doba péče je klíčová jak pro míru ochoty pečujícího, tak pro cílené využívání podpory. Některé náklady se u dlouhodobé péče rozpustí a péče se stává méně nákladnou. Na druhou stranu podfinancovaný systém vede ke snížení ochoty zajistit dlouhodobou péči a to především z pohledu výpadku příjmu a sníženého životního standardu pečující osoby, což se váže především k osobám pečujícím o osobu závislou ve věku do 65 let.

4 Prognóza vývoje počtu na péči závislých osob a jeho vliv na udržitelnost současného systému financování péče

4.1 Popis demografické struktury

Analýza a prognóza příjemců příspěvku na péči (dále PnP) a výdajů na sociální služby je založena na oficiální demografické predikci podle ČSÚ³⁶. Tato predikce uvádí odhad počtu obyvatel po krajích. Současná demografická struktura v členění dle krajů a pohlaví je zobrazena na následující tabulce. Pro zpracování prognózy počtu příjemců byla rovněž využita individualizovaná predikce demografického vývoje dle Dynamického mikrosimulačního důchodového modelu využívaného MPSV pro predikci budoucího vývoje důchodového systému České republiky.

Tabulka 18: Demografická struktura³⁷

Stav k 31. 12. 2014	Počet obyvatel			
	Kraj	Celkem	Muži	Ženy
Hlavní město Praha		1,259,079	610,376	648,703
Středočeský kraj		1,315,299	649,245	666,054
Jihočeský kraj		637,300	314,047	323,253
Plzeňský kraj		575,123	284,689	290,434
Karlovarský kraj		299,293	147,767	151,526
Ústecký kraj		823,972	408,283	415,689
Liberecký kraj		438,851	215,413	223,438
Královéhradecký kraj		551,590	271,147	280,443
Pardubický kraj		516,372	255,137	261,235
Kraj Vysočina		509,895	253,176	256,719
Jihomoravský kraj		1,172,853	574,178	598,675
Olomoucký kraj		635,711	310,718	324,993
Zlínský kraj		585,261	286,361	298,900
Moravskoslezský kraj		1,217,676	596,390	621,286
Česká republika celkem		10,538,275	5,176,927	5,361,348

³⁶ ŠIMEK, Miroslav, ŠTYGLEROVÁ, Terezie. *Stárnutí obyvatelstva – aktualizace projekce ČSÚ 2009*. Oddělení demografické statistiky ČSÚ. 2012. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/23191844/csu+cerge-ei+styglerova+projekce.pdf/9a1d95b4-79a6-478e-8ca2-e05fb2409ac1?version=1.0>

³⁷ Zdroj: Počet obyvatel v obcích, Český statistický úřad. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/pocet-obyvatel-v-obcich-k-112015>

4.2 Popis metodologie

Prognóza požadovaných proměnných je postavena na následujících premisách:

- Po pečlivé analýze časových řad je evidentní závěr, že na jejich základě nelze konstruovat žádný statisticky signifikantní nástroj pro tvorbu předpovědi na období 2015 až 2040. V rámci příprav predikce bylo původně zvažováno využití metod Markov Chain Monte Carlo, případně příbuzných statistických metod. Nedostatečná dimenzionalita dat a neexistence vhodného kvazi-experimentálního designu, který by umožnil vyšší variabilitu dat, tento postup neumožnil. Vzhledem k relativně krátké časové řadě zkoumaných empirických dat byl rovněž odmítnut postup s využitím metod ARIMA, respektive GARCH.
- Na druhou stranu je ale v primární analýze identifikováno velké množství faktorů, které ovlivňují výši sledovaných výdajů. Z tohoto důvodu je postavena prognóza výdajů následujícím způsobem: bude scénářově modelován vývoj faktorů, které ovlivňují výdaje, a pak na základě jejich namodelovaných hodnot určeny výdaje samotné. Jako signifikantní faktory jsou identifikovány **věk opečovávaného, pohlaví a stupeň závislosti** jak jej definuje MPSV.
- V souladu s literaturou je modelována také dynamika pravděpodobnosti výskytu disability v populaci ČR a to v časovém úseku let 2015 až 2040. Pro jednoduchost je tato dynamika reprezentována rovnoměrným růstem pravděpodobnosti výskytu disability o jeden procentní bod ročně během sledovaného období let 2015 až 2040. Parametr pravděpodobnosti výskytu disability se vztahuje k celkovému počtu příjemců PnP, předpokládáme, že tento počet poroste v souladu s růstem výskytu disability. Takto stanovená hodnota parametru pravděpodobnosti výskytu disability je v souladu s konvenčními odhady, které lze najít v odborné literatuře (více na toto konkrétní téma např. Gruber a Kubik (1997)). Proměnná, která reprezentuje dynamiku pravděpodobnosti výskytu disability, je v některých grafických zobrazeních z technických důvodů označena jako nemocnost – jedná se o jednu a tutéž proměnnou.
- Zpracovatel uvažuje 3 modelovací scénáře:
 - Scénář 1: Standardní základní „baseline“ scénář se střední demografií a inflací na úrovni 1,5 %
 - Scénář 2: Scénář se střední demografií a inflací na úrovni 1,5 %, navýšený o rostoucí incidenci zdravotního postižení celé populace
 - Scénář 3: Krizový scénář s vysokou demografií a inflací na úrovni 1,5 %, navýšený o rostoucí incidenci zdravotního postižení celé populace

Jako základní scénář respektive referenční parametrizace pro prognostickou část byla v souladu s přáním Zadavatele zvolena varianta, kterou lze popsat těmito hodnotami klíčových parametrů:

- Střední demografický vývoj dle ČSÚ (totožný s tím, jaký je implementován v rámci Dynamického mikrosimulačního modelu);
- Inflace na úrovni 1,5 % v průběhu celého období;
- Konstantní pravděpodobnosti výskytu disability. Zde se tedy pravděpodobnost výskytu disability ve sledovaném období nemění

4.3 Popis dat

V této úvodní části prognostické kapitoly bude obsažena analýza a zobrazení základních deskriptivních statistik zkoumaných souborů dat. Analyzovaná data pocházejí z centrální databáze HN/SS. Zdrojem analyzovaných dat jsou výhradně soubory mikroekonomických statistik poskytnutých pro účely tohoto projektu Zadavatelem. Konkrétně data o PnP byla vypočtena 16. 5. 2015 z dat agregovaných pro příslušné měsíce.

Úvodem je třeba zmínit několik důležitých faktů týkajících se zpracovávaných dat:

- Inspekce datových souborů potvrzuje avizovaný problém nekonzistence dat v průběhu roku 2013. Vzhledem k této prokázané nekonzistenci nebudou data za tento inkriminovaný časový úsek zpracovávána pro další analýzu a predikci, čímž bude eliminováno riziko zásadního zkreslení výsledků³⁸.
- Rovněž je zřetelně vidět, že před a po systémovém skoku z roku 2013 došlo k posunu dat a případný trend tak mohl být porušen. Pro potřeby analýzy budou odstraněna jen systematicky špatná data³⁹ a s oběma částmi vzorku dat bude dále pracováno ekvivalentním způsobem.

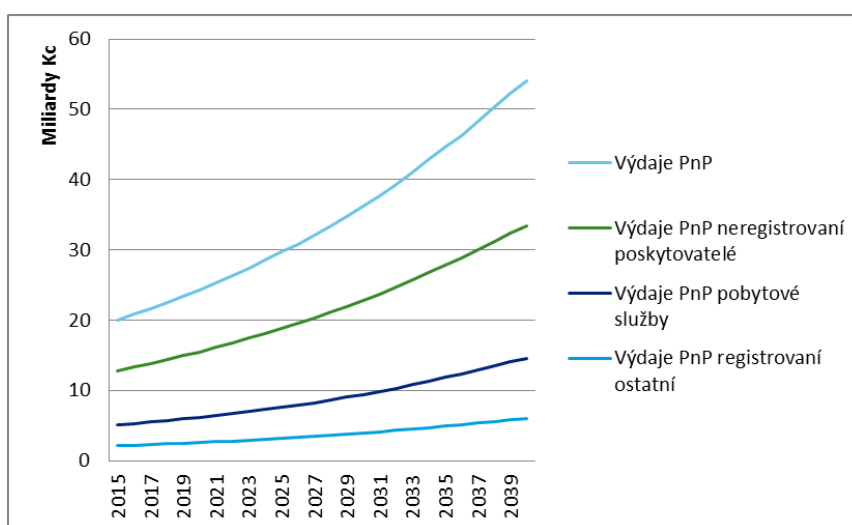
Analyzovaná data naznačují strukturální zlomy v čase, které nejsou způsobeny jen výše zmíněnou chybou ve sběru dat, ale v některých případech se vyskytují drobné, ale statisticky významné zlomy a posuny, které nelze snadno odůvodnit. Z tohoto důvodu Zpracovatel konstatuje, že je třeba rozlišovat data v jednotlivých skupinách proměnných. Krátká časová dimenze dat bohužel neumožňuje na statisticky signifikantní úrovni odhadovat tyto strukturální trendy a sledovat jejich příčiny, odhadnutý trend by mohl být zatížený systematickou chybou.

4.4 Prognóza vývoje výdajů na příspěvek na péči

Následující tři grafy zobrazují dekompozici prognózovaných celkových výdajů na PnP podle cílového příjemce, tj. dekomponované na příjemce registrovaných pobytových, registrovaných ostatních (terénních a ambulantních) a neregistrovaných služeb ve třech scénářích:

1. Scénář 1: Standardní základní „baseline“ scénář se střední demografií a inflací na úrovni 1,5%
2. Scénář 2: Scénář se střední demografií a inflací na úrovni 1,5%, navýšený o rostoucí incidenci zdravotního postižení celé populace
3. Scénář 3: Krizový scénář s vysokou demografií a inflací na úrovni 1,5%, navýšený o rostoucí incidenci zdravotního postižení celé populace

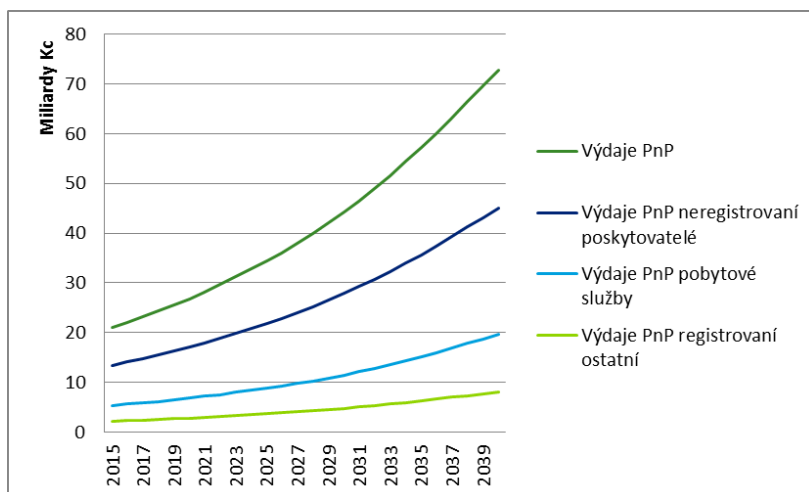
Graf 4: Výdaje na PnP, střední vývoj demografie, inflace 1,5%, v mld. Kč



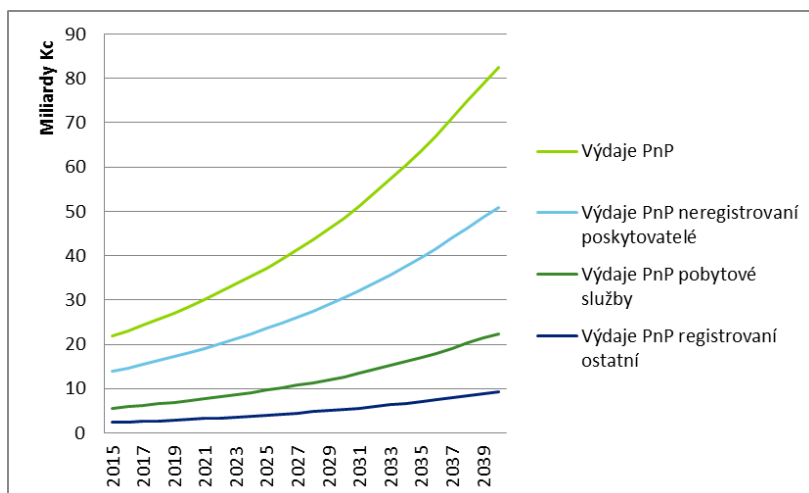
³⁸ Více na téma statistické robustnosti například Cameron a Trivedi (2005).

³⁹ Více k využití tohoto typu statistických metod selekce a to hned v několika vědeckých disciplínách poskytuje Denzin, N. K. a Lincoln, Y.S. (1994)

Graf 5: Výdaje na PnP, střední vývoj demografie, inflace 1,5% a rostoucí pravděpodobnost výskytu disability, v mld. Kč

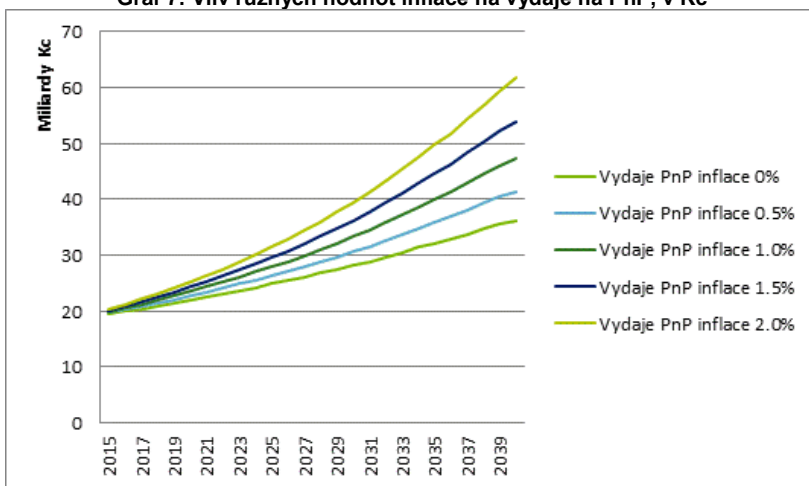


Graf 6: Výdaje na PnP, vysoký vývoj demografie, inflace 1,5% a rostoucí pravděpodobnost výskytu disability, v mld. Kč



Na následujícím grafu je zobrazen efekt různých hodnot inflace pro výdaje na PnP pro střední demografický scénář. Za zmínku jistě stojí, že například dvou procentní míra inflace má takový vliv na výdaje, že na konci modelovaného období jsou nominální výdaje téměř dvakrát tak vysoké jako v situaci s nulovou inflací.

Graf 7: Vliv různých hodnot inflace na výdaje na PnP, v Kč



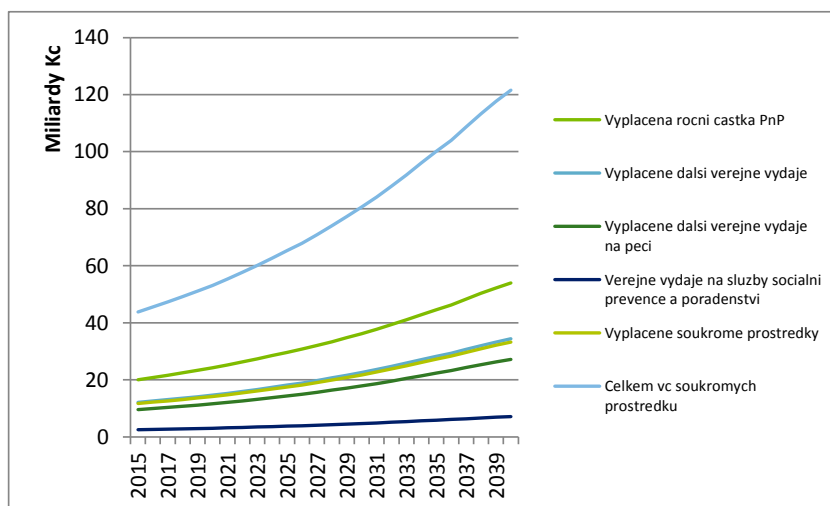
4.5 Prognóza vývoje výdajů na sociální služby

V následujících třech grafech prezentujeme dynamiku jednotlivých složek analyzovaných výdajů na sociální služby pro výše uvedené tři scénáře.

Konkrétně jsou modelovány následující výdajové komponenty:

4. Vyplacená roční částka PnP⁴⁰
5. Vyplacené další veřejné výdaje
6. Vyplacené další veřejné výdaje na péči
7. Veřejné výdaje na služby sociální prevence a poradenství
8. Vyplacené soukromé prostředky
9. Celkem včetně soukromých prostředků⁴¹

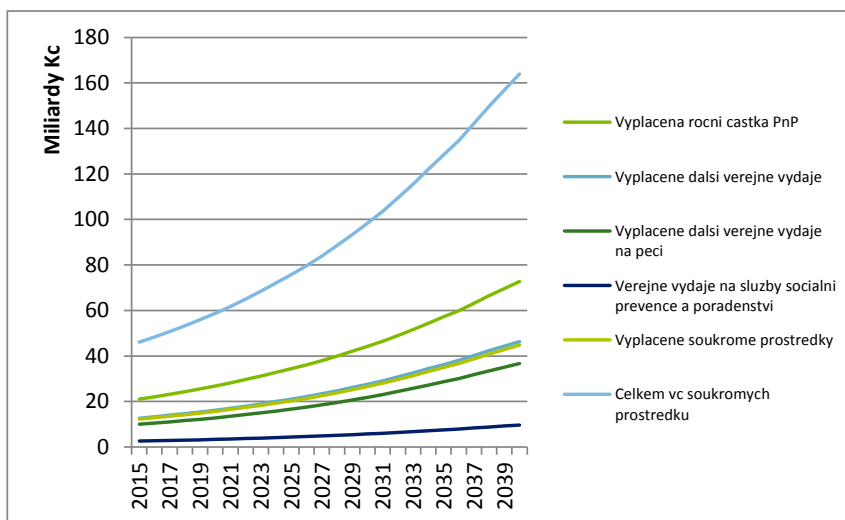
Graf 8: Výdaje na sociální služby, střední vývoj demografie, inflace 1, 5%, v Kč



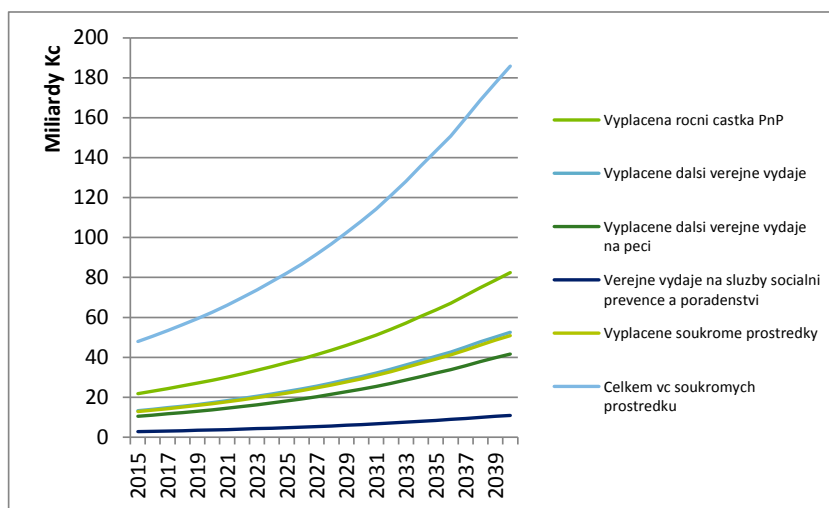
⁴⁰ Data pocházejí z centrální databáze HN/SS. Zdrojem dat jsou výhradně soubory mikroekonomických statistik poskytnutých pro účely tohoto projektu Zadavatelem. Konkrétně data o PnP byla vypočtena 16. 5. 2015 z dat agregovaných pro příslušné měsíce.

⁴¹ Informace o výši výdajů na sociální služby mimo PnP byla čerpána z Výkaznictví MPSV za roky 2010-2012.

Graf 9: Výdaje na sociální služby, střední vývoj demografie, inflace 1, 5% a rostoucí pravděpodobnost výskytu disability, v Kč



Graf 10: Výdaje na sociální služby, vysoký vývoj demografie, inflace 1, 5% a rostoucí pravděpodobnost výskytu disability, v Kč

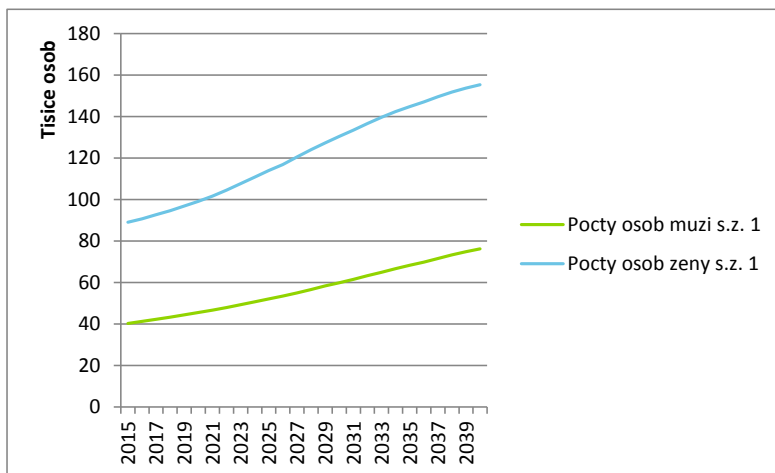


4.6 Prognóza vývoje počtu závislých osob (příjemců PnP) a výdajů na PnP

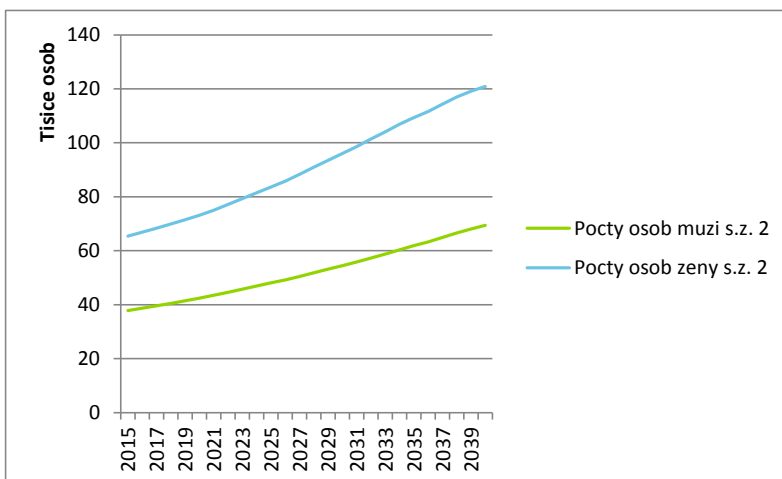
Na následujících grafech jsou zobrazeny výsledky prognózy počtu příjemců PnP v členění dle pohlaví a stupně závislosti. Pro snadnost komparace jsou zobrazeny výsledky pro každý stupeň závislosti zvlášť. Po vizuální inspekci a analýze dat lze konstatovat, že jednotlivé stupně závislosti budou mít z pohledu prognózy odlišné chování, které se navíc bude lišit podle pohlaví.

Na horizontální ose následujících čtyř grafů je časová řada, na vertikální ose počet osob (v tisících).

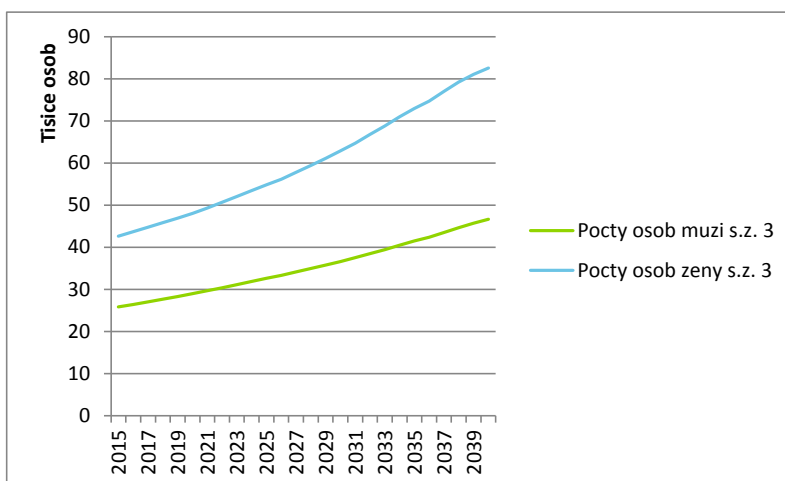
Graf 11: Počet osob podle pohlaví, stupeň závislosti 1



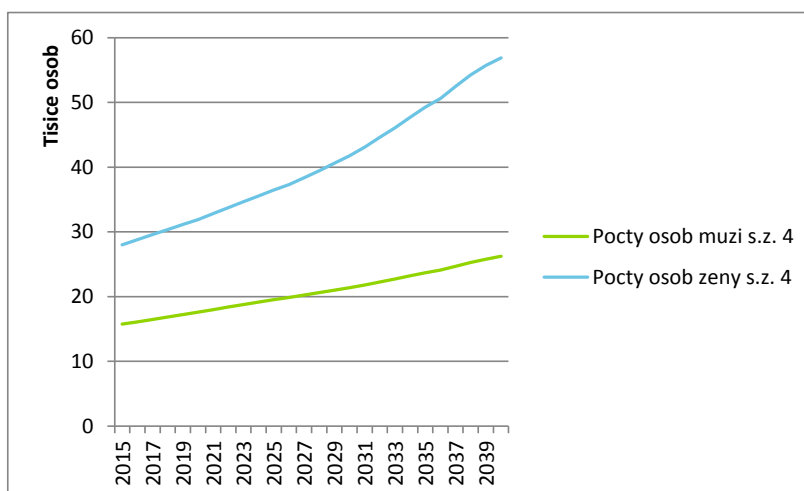
Graf 12: Počet osob podle pohlaví, stupeň závislosti 2



Graf 13: Počet osob podle pohlaví, stupeň závislosti 3



Graf 14: Počet osob podle pohlaví, stupeň závislosti 4



4.6.1 Prognóza vývoje počtu závislých osob po věkových kategoriích a stupních závislosti

V této části prognózy je zobrazena dynamika počtu osob pobírajících PnP ve vztahu k jejich věku a stupně závislosti. Pro zjednodušení Zpracovatel uvažuje 3 věkové kategorie:

- 1-18 let
- 19-65 let
- 66 a více let

Pro každou věkovou kategorii se Zpracovatel zvlášť zaměřuje na jednotlivé stupně závislosti, přičemž využívá základní scénář, tj. scénář se středním vývojem v oblasti demografie a inflací na úrovni 1, 5 %. Grafy 12-14 zobrazují postupně tyto údaje.

Nejprve jsou zobrazeny výsledky pro **věkovou kategorii 1-18 let**. Zde je patrné, že největší počet osob má přiznán stupeň závislosti jedna, druhá nejpočetnější skupina jsou osoby se stupněm závislosti čtyři. Poté následují stupně závislosti tři a dva. Obecně všechny čtyři skupiny vykazují podobné chování, kdy v krátkodobém horizontu dochází k nárůstu počtu osob všech čtyřech stupňů závislosti, ve střednědobém horizontu dojde k jisté saturaci a poté v dlouhodobém horizontu k poklesu zhruba na úroveň dnešních hodnot.

Pro věkovou kategorii 19-65 let jsou počty osob podle stupňů závislosti uspořádané poněkud jinak. Největší počet osob vykazuje stupeň závislosti dva, těsně následovaný stupněm závislosti jedna. Mnohem menších hodnot pak dosahuje počet osob se stupněm závislosti tři a čtyři. Obecně lze pro věkovou skupinu 19-65 konstatovat, že počty osob se všemi čtyřmi stupni závislosti vykazují poměrně stabilní úroveň v čase, s mírným nárůstem ve střednědobém horizontu. Výraznější volatilitu potom pozorujeme především v případě počtu osob zařazených ve stupni závislosti jedna a dva.

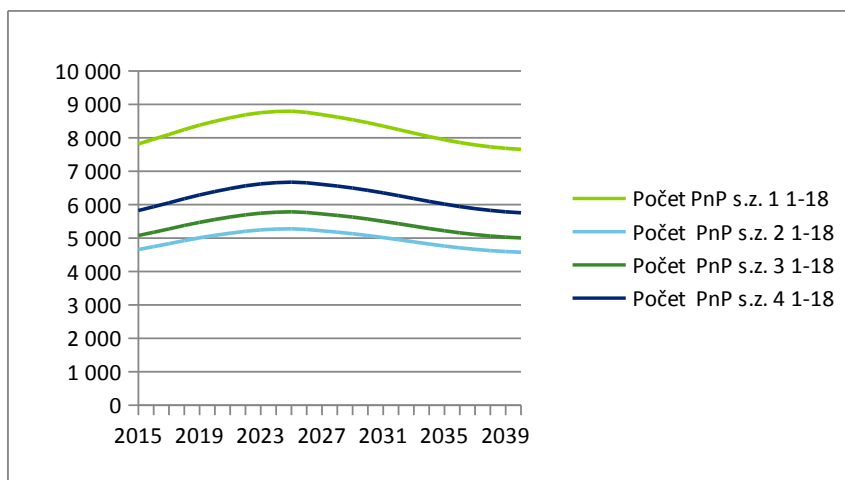
Pro věkovou kategorii 66 a více let je pak počet osob seřazený klesajícím způsobem podle stupně závislosti, kdy stupeň závislosti jedna má největší počet osob a stupeň čtyři nejmenší počet osob. Pro tuto věkovou skupinu je třeba zmínit, že počty osob ve všech čtyřech stupních závislosti výrazně rostou v čase. Tento efekt je zapříčiněn především stárnutím populace⁴². Nárůst samotný pak vykazuje mírně exponenciální trend růstu, respektive nárůst je rychlejší než by odpovídalo lineárnímu tempu růstu.

Z pohledu interpretace pro účely praktické sociální politiky výsledky ukazují, že je potřeba v prvé řadě pracovat s měnící se věkovou strukturou příjemců. Případná opatření v této oblasti sociální politiky by proto měla odrážet fakt, že je zjevný a dramatický rozdíl mezi potřebami příjemců první agregované věkové skupiny (1-18 let)

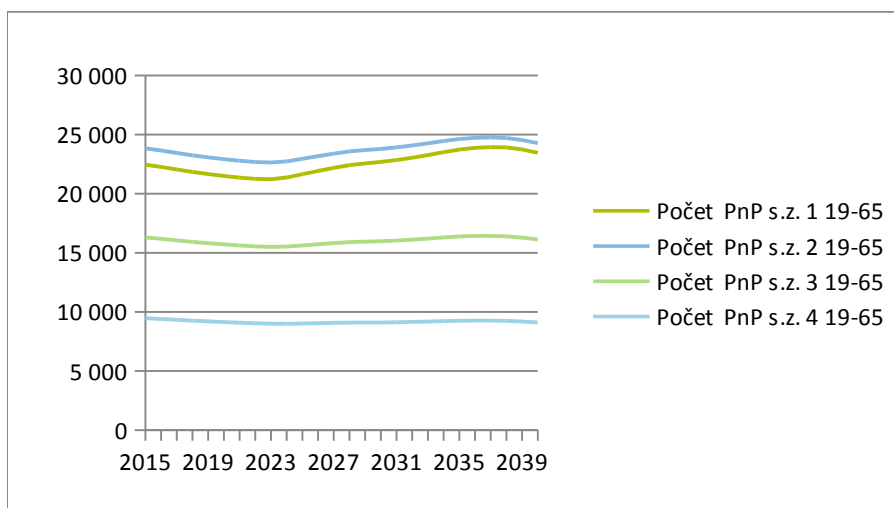
⁴² MUNICH, Daniel. *Ekonomický přínos cizinců a ekonomické souvislosti demografického stárnutí*. CERGE-EI, 2012

a poslední agregované věkové skupiny (66 a více let). Tyto markantní rozdíly, jsou primárně zapříčiněny rozdílnými charakteristikami, respektive původem vzniku závislosti pro studované agregované věkové skupiny.

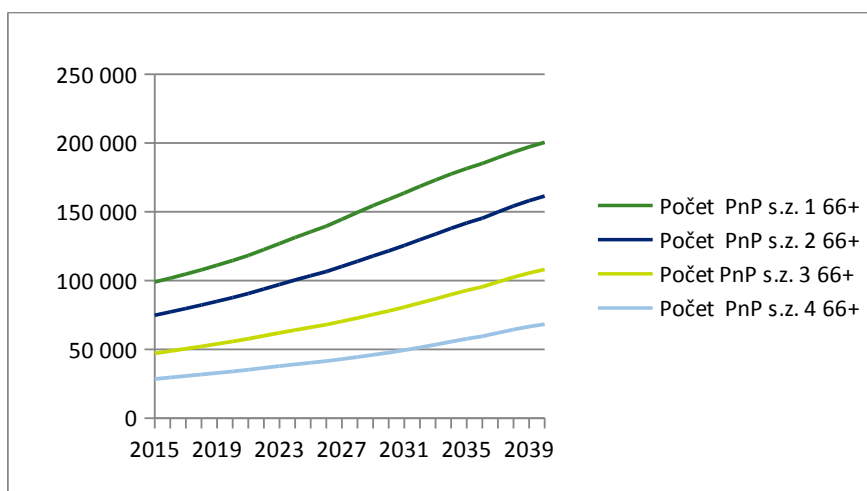
Graf 15: Počet příjemců PnP ve věkové kategorii 1-18 dle stupně závislosti



Graf 16: Počet příjemců PnP ve věkové kategorii 19-65 dle stupně závislosti



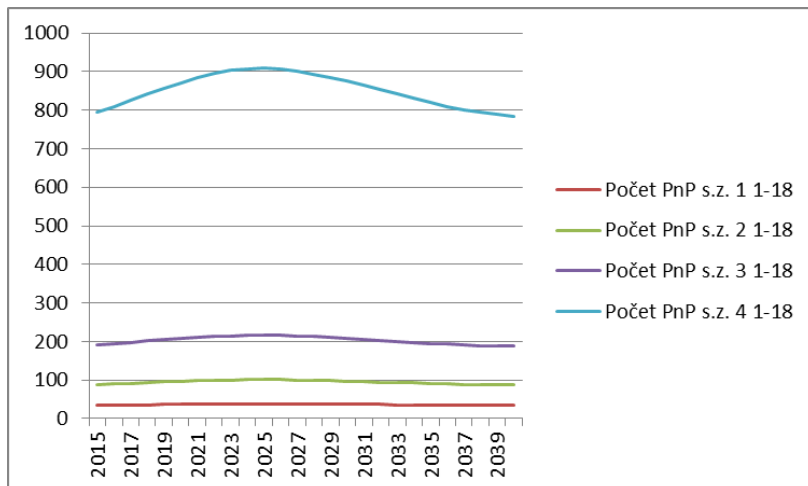
Graf 17: Počet příjemců PnP ve věkové kategorii 66+ dle stupně závislosti



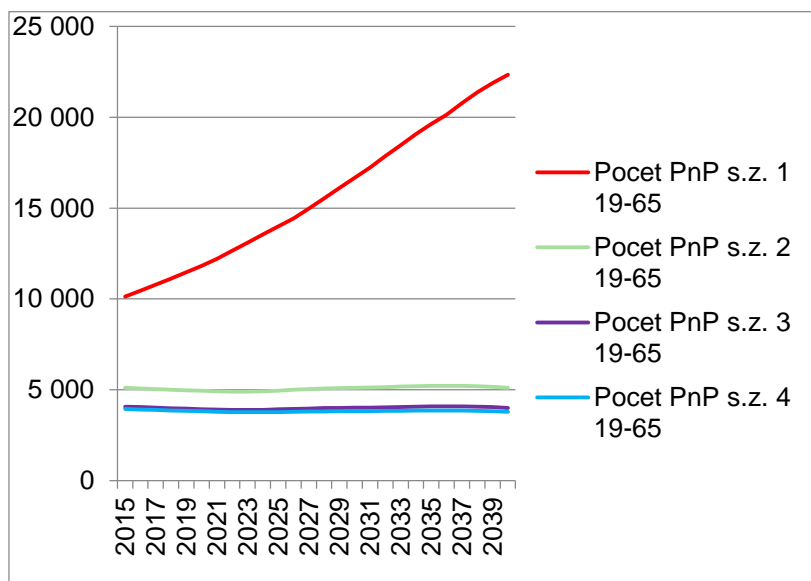
4.6.2 Prognóza vývoje počtu závislých osob podle způsobu poskytování péče (po věkových kategoriích a stupních závislosti)

Následující set devíti grafických zobrazení prezentuje výsledky prognózy pro počet osob dle způsobu poskytování péče v členění podle věkových kategorií a stupňů závislosti.

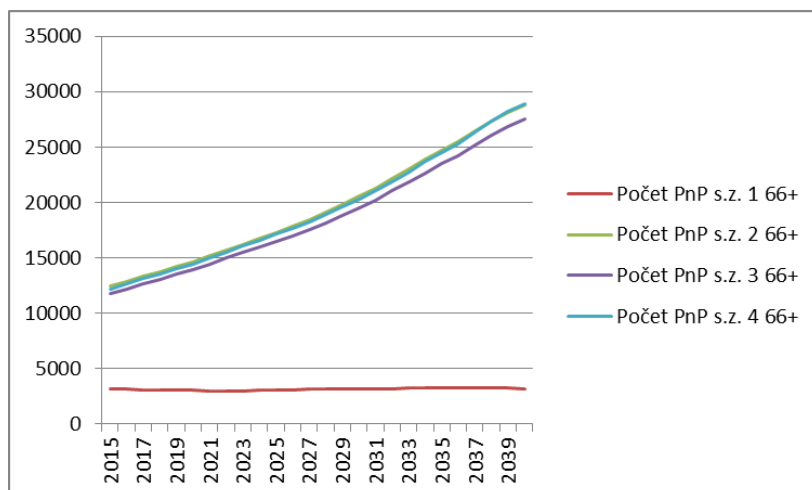
Graf 18: Počet příjemců PnP, pobytové služby, věková kategorie 1-18



Graf 19: Počet příjemců PnP, pobytové služby, věková kategorie 19-65

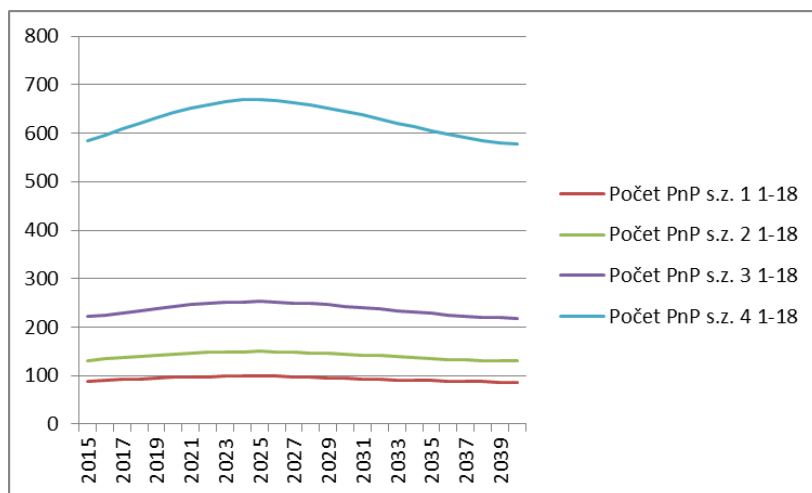


Graf 20: Počet příjemců PnP, pobytové služby, věková kategorie 66+

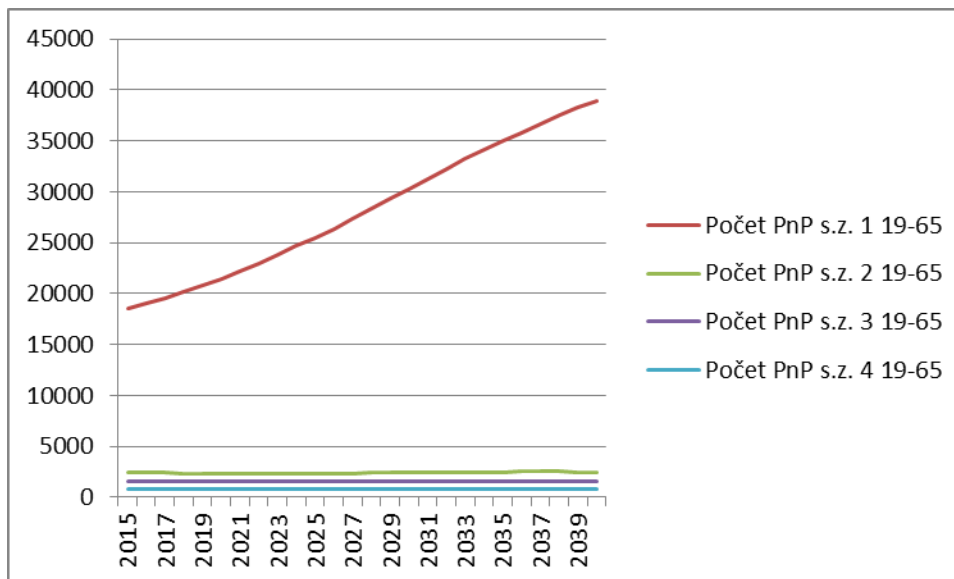


Výsledky jasně ukazují, že ve věkové kategorii 1-18 je predikovaný počet příjemců pro celé prognózované období nízký, na úrovni několika set příjemců. Toto tvrzení platí pro všechny stupně závislosti. Pro věkovou kategorii 19-65 let již lze pozorovat zajímavější dynamiku a to především pro stupeň závislosti 1, kde počet příjemců ve sledovaném období kontinuálně roste a v roce 2040 dosahuje výše 23 000 osob. Zbývající stupně závislosti v případě věkové skupiny 19-65 let nevykazují signifikantní vývoj a také celkový počet příjemců je spíše méně významný z pohledu stability systému. Pro věkovou kategorii nad 66 let lze v případě pobytových služeb očekávat exponenciální růst počtu příjemců všech stupňů závislosti, s výjimkou stupně závislosti 1. Ve sledovaném období dochází k dramatickému nárůstu počtu osob využívajících pobytové služby. Tento dramatický vývoj v oblasti pobytových služeb je tažen především rostoucí střední délkou života. Proto je efekt nejmarkantnější právě ve věkové kategorii 66+. V této souvislosti je zřejmě vhodné zmínit, že prognózovaný vývoj v oblasti počtu příjemců PnP využívajících pobytové služby, povede k silnému tlaku na růst kapacit poskytovatelů sociálních služeb v této konkrétní oblasti.

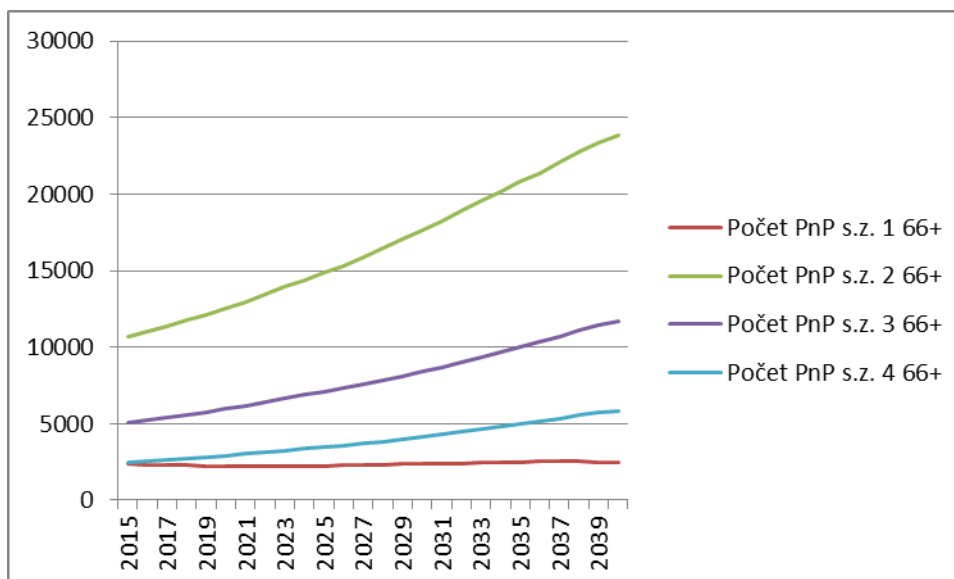
Graf 21: Počet příjemců PnP, ostatní registrované služby, věková kategorie 1-18



Graf 22: Počet příjemců PnP, ostatní registrované služby, věková kategorie 19-65

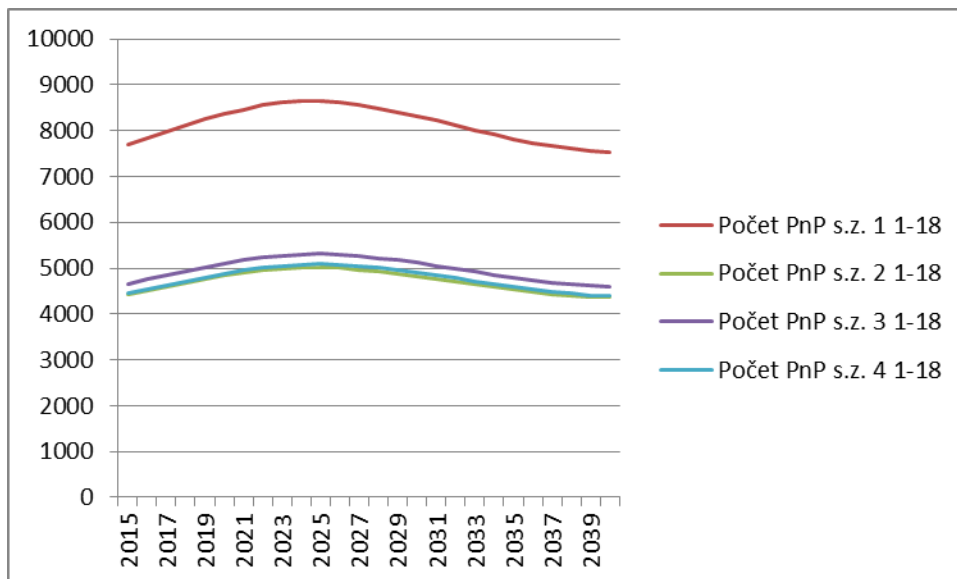


Graf 23: Počet příjemců PnP, ostatní registrované služby, věková kategorie 66+

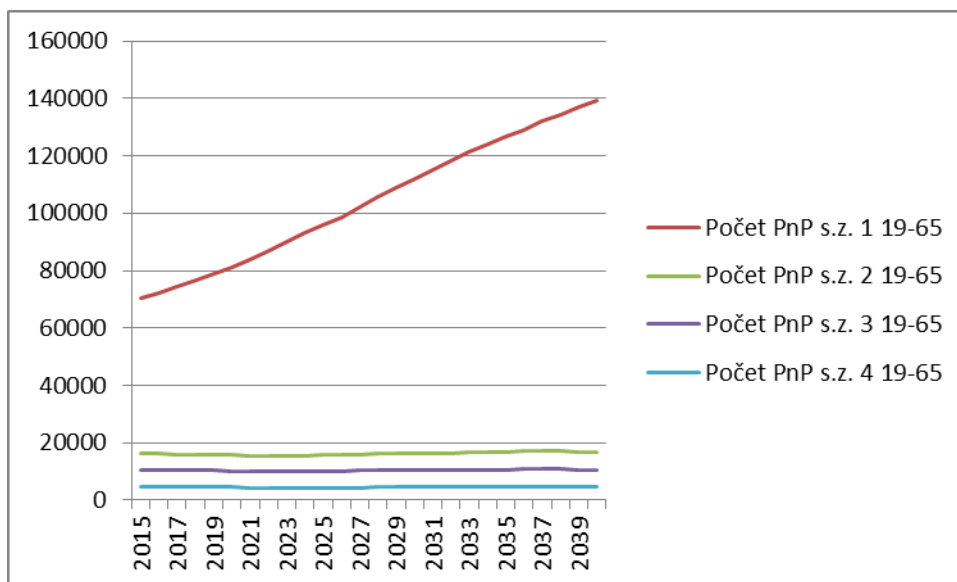


Výsledky prognózy počty příjemců PnP využívajících ostatní registrované služby jsou poměrně intuitivní. Ve věkové kategorii 1-18 pro stupeň závislosti 4 osciluje počet příjemců po celé sledované období na úrovni cca 600 osob. Ostatní stupně závislosti se pohybují na ještě nižších úrovních. Počet příjemců ostatních registrovaných (terénních a ambulantních) služeb je ve věkové kategorii 1-18 let pro celé prognózované období je nízký. U věkové kategorie 19-65 let lze pozorovat významnou dynamiku pro stupeň závislosti 1, který vykazuje téměř exponenciální růst a na konci období tak počet příjemců dosahuje hodnot kolem 40 000, což představuje růst o více než 100 procent od roku 2015. Tento nárůst i vzhledem ke své absolutní výši představuje hlavní zdroj změn v oblasti ostatních registrovaných služeb. Ostatní stupně závislosti nevykazují významnější dynamiku. U věkové kategorie 66 a více let lze v případě ostatních registrovaných služeb zaznamenat kontinuální nelineární růst počtu příjemců ve všech stupních závislosti, s výjimkou stupně závislosti 1.

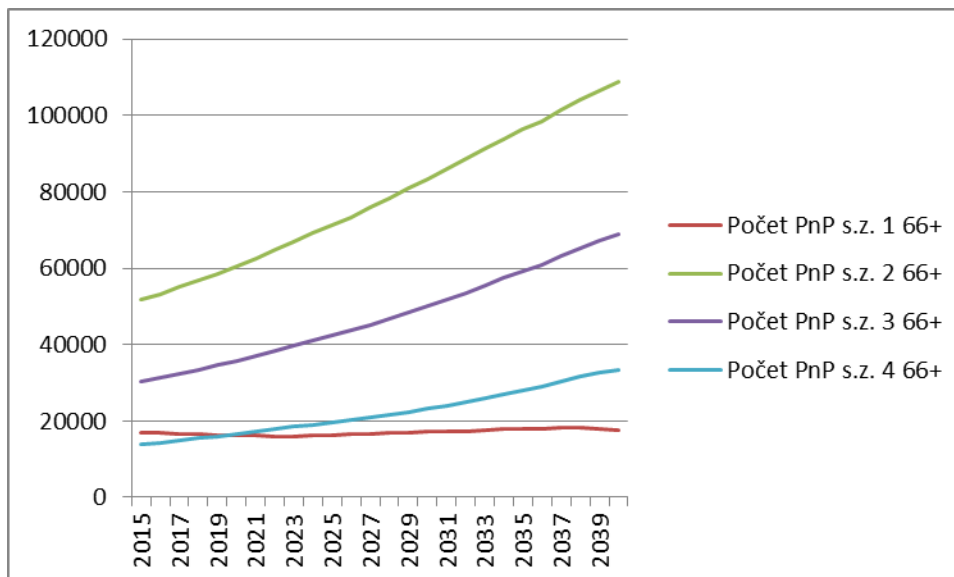
Graf 24: Počet příjemců PnP, neregistrovaní poskytovatelé, věková kategorie 1-18



Graf 25: Počet příjemců PnP, neregistrovaní poskytovatelé, věková kategorie 19-65



Graf 26: Počet příjemců PnP, neregistrovaní poskytovatelé, věková kategorie 66+



Výsledky prognózy počtu příjemců PnP pro neregistrované služby jsou podobné jako v případě registrovaných ostatních služeb. Ve věkové kategorii 1-18 let není vidět významnější dynamiku, počet osob se tentokrát pohybuje v řádu několika tisíc. Nejvyšších hodnot dosahuje stupeň závislosti 1. Pro věkovou kategorii 19-65 let lze pozorovat prudký růst v případě stupně závislosti 1, ostatní stupně závislosti vykazují téměř konstantních hodnot ve sledovaném období. Pro věkovou kategorii 66 a více let lze v případě neregistrovaných služeb zaznamenat kontinuální nelineární růst počtu příjemců ve všech stupních závislosti, s výjimkou stupně závislosti 1. Tento markantní nárůst počtu příjemců PnP v nejvyšší věkové kategorii je primárně tažen změnou demografické struktury ve sledovaném období, konkrétně rostoucím počtem osob ve věkové kategorii 66+.

4.6.3 Prognóza vývoje výdajů na PnP po věkových kategoriích a stupních závislosti

Na následujících grafech jsou pro stejný scénář (tj. scénář se střední demografií a inflací na úrovni 1,5 %) zobrazeny výdaje na PnP v členění na věkové kategorie (v mld. Kč).

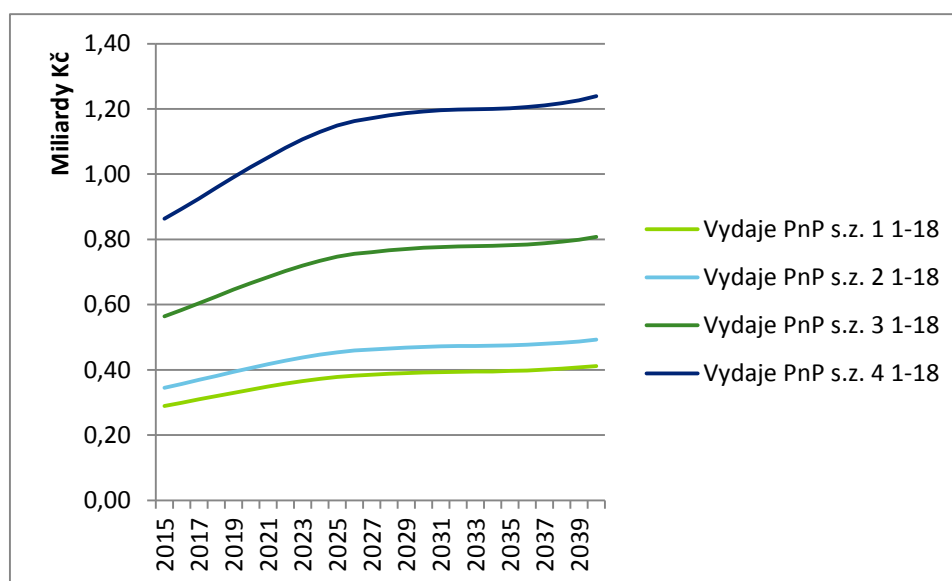
Pro věkovou kategorii 1-18 lze pozorovat, že výdaje jsou seřazeny podle stupně závislosti, kde nejvyšší výdaje pozorujeme pro stupeň závislosti čtyři a nejmenší pro stupeň závislosti jedna. Přestože, jak jsme ukázali, počty příjemců v této věkové kategorii vykazují nárůst a poté pokles, výdaje konzistentně rostou. Detailní pohled ukazuje, že výdaje spojené se stupněm závislosti čtyři rostou velmi výrazně, výdaje na stupeň závislosti jedna a dva dosahují velmi podobných hodnot. Z časového hlediska je nejvýraznější nárůst je v krátkodobém horizontu, již se následně zpomalí.

Pro věkovou kategorii 19-65 je patrné, že nejvyšší výdaje jsou pro stupeň závislosti tři, následují výdaje na stupeň závislosti čtyři a stupeň závislosti dva. Stupeň závislosti jedna vykazuje pro tuto věkovou kategorii, relativně velmi malé celkové výdaje. V případě věkové skupiny 19-65 výdaje narůstají konstantně v čase, přičemž největší nárůst je ve střednědobém horizontu.

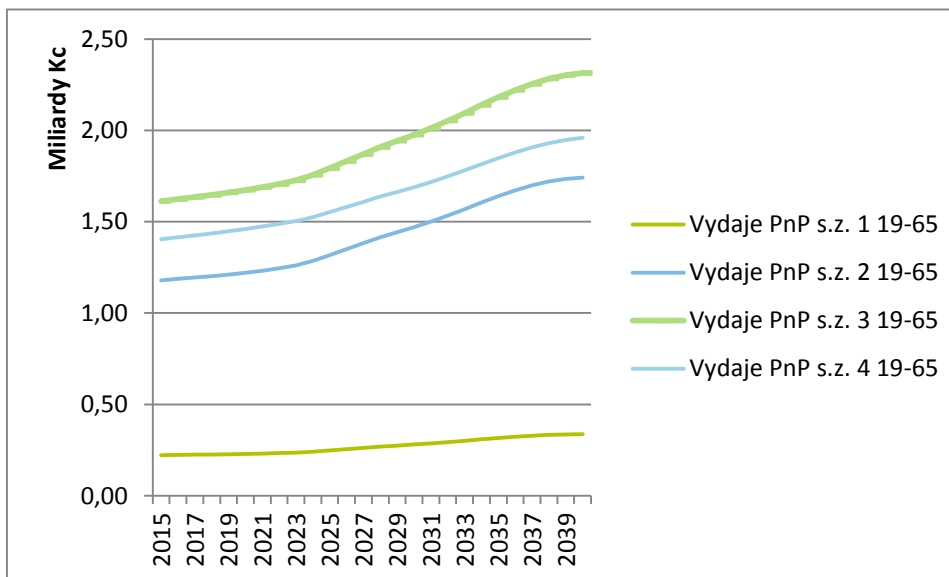
Pro věkovou kategorii 66 a více let jsou nejvyšší výdaje pro stupeň závislosti tři, následuje stupeň závislosti čtyři a stupeň závislosti dva. Výdaje pro tuto věkovou kategorii pro všechny čtyři stupně závislosti rostou exponenciálním tempem. Tento efekt je dán demografickou dynamikou, konkrétně stárnoucí populací.

Celkově na všech třech věkových skupinách lze pozorovat nárůst výdajů na PnP. Společně s dynamikou počtu příjemců tato zjištění poskytují strukturální obrázek budoucího vývoje. K dispozici tak jsou nejen finanční nároky, ale zároveň i struktura budoucích příjemců (vyznačující se přesunem relativní váhy výdajů směrem k nejvyšším věkovým skupinám).

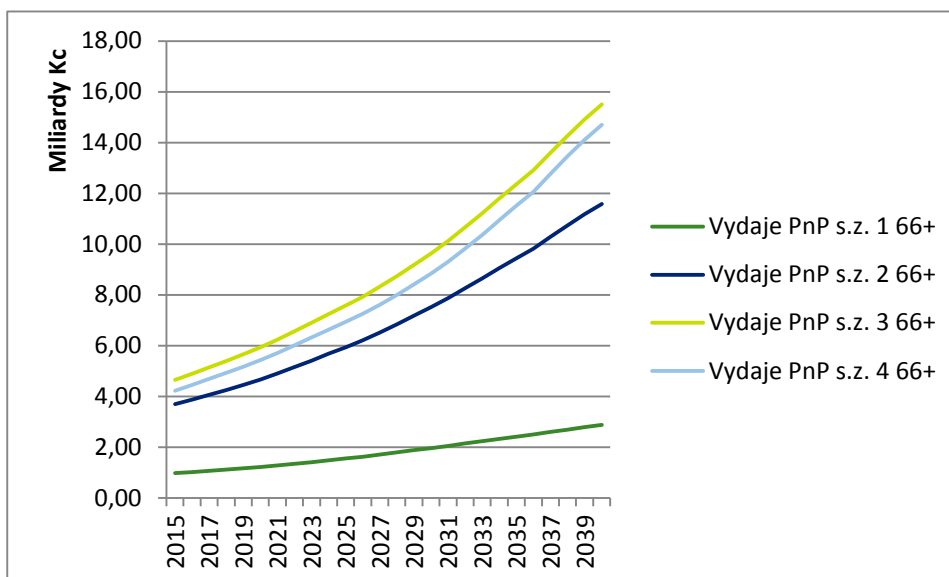
Graf 27: Výdaje na PnP ve věkové kategorii 1-18 dle stupně závislosti, v Kč



Graf 28: Výdaje na PnP ve věkové kategorii 19-65 dle stupně závislosti, v Kč



Graf 29: Výdaje na PnP ve věkové kategorii 66+ dle stupně závislosti, v Kč



4.6.4 Prognóza vývoje výdajů na PnP podle způsobu poskytování služeb

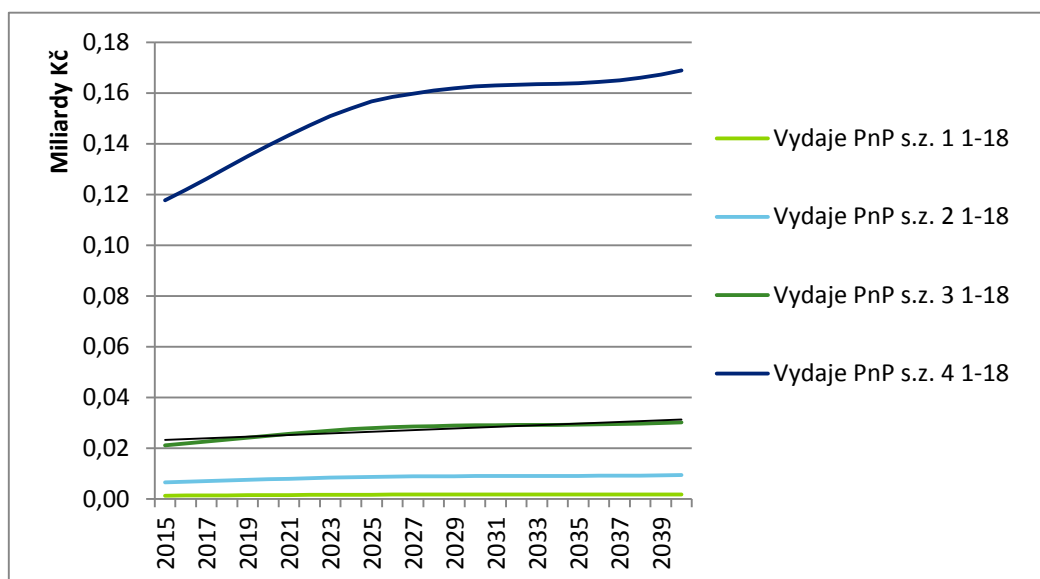
Následující část zobrazuje strukturu výdajů na PnP v jednotlivých věkových kategoriích a stupních závislosti dle způsobu poskytování služeb (pobytové služby, ostatní služby registrovaných poskytovatelů (terénní a ambulantní) a služby neposkytované registrovanými poskytovateli (zahrnující zejména domácí péči)).

Graficky jsou výsledky prognózy vývoje výdajů na PnP využívané na úhradu pobytových služeb zobrazeny na grafech 25-27. Výsledky ukazují, že výdaje na PnP u příjemců využívajících pobytové služby jsou v absolutních hodnotách vždy seřazené podle stupně závislosti, přičemž platí logika, čím vyšší stupeň závislosti, tím vyšší náklady.

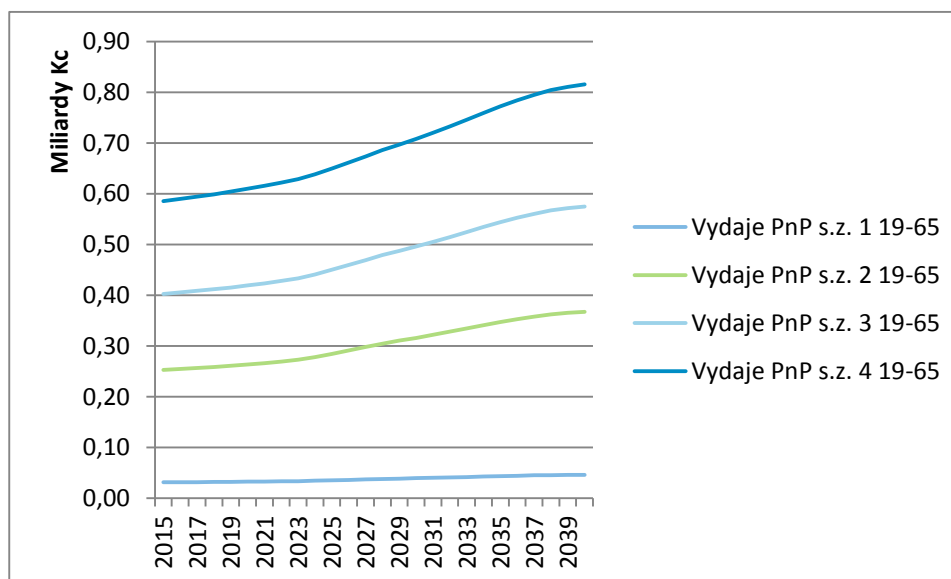
Zároveň lze pozorovat, že tvar a průběh linie agregátních výdajů kopíruje linie pro jednotlivé dekomponované části agregátních výdajů pro danou věkovou skupinu. Toto je zajímavá, ale nikoliv překvapivá charakteristika dat. Jsou evidovány samozřejmě odlišné absolutní hodnoty a rozdíly mezi výdaji pro dané stupně závislosti, to je ale zřejmé. Z dat lze vidět, že v absolutních číslech je třeba pro nejmladší věkovou skupinu (1-18 let) ve sledovaném

období počítat s nejvýraznějším nárůstem výdajů na oblast pobytových kapacit pro nejvyšší stupeň závislosti. U dvou zbývajících věkových skupin je pak rozložení výdajů rovnoměrně odstupňované, kdy náklady mezi dvěma sousedními stupni závislosti jsou pro pobytové služby vždy podobně rozložené.

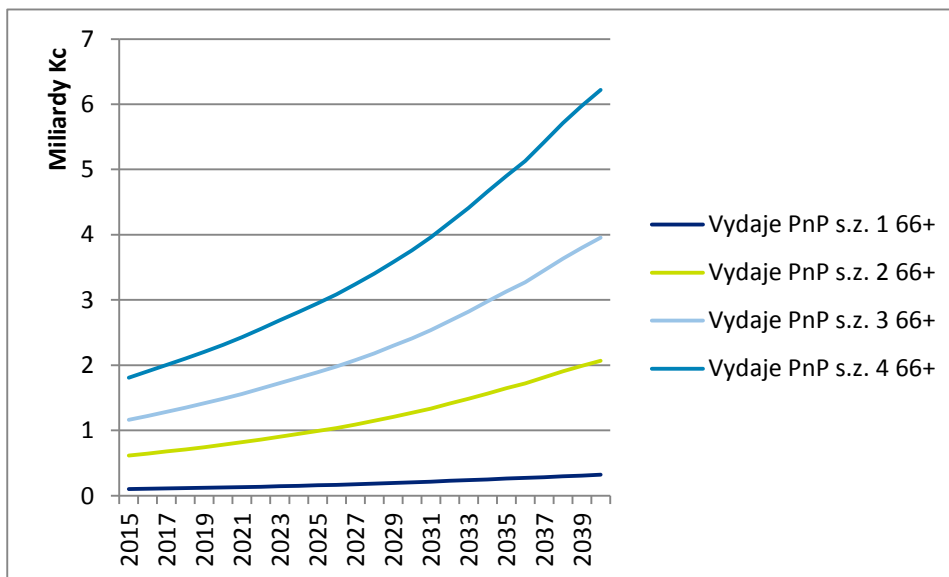
Graf 30: Výdaje na PnP, pobytové služby ve věkové kategorii 1-18, v členění dle stupně závislosti



Graf 31: Výdaje na PnP, pobytové služby ve věkové kategorii 19-65, v členění dle stupně závislosti

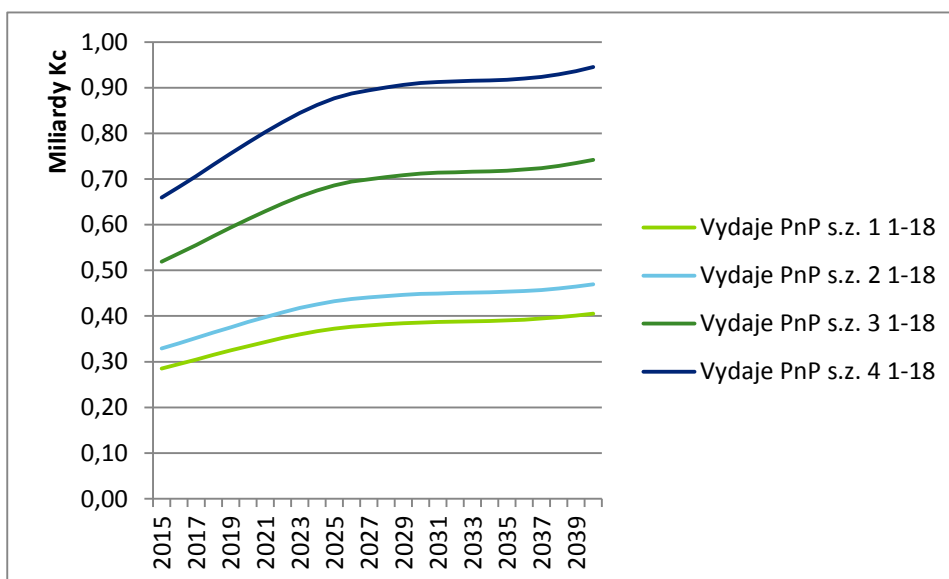


Graf 32: Výdaje na PnP, pobytové služby ve věkové kategorii 66+, v členění dle stupně závislosti

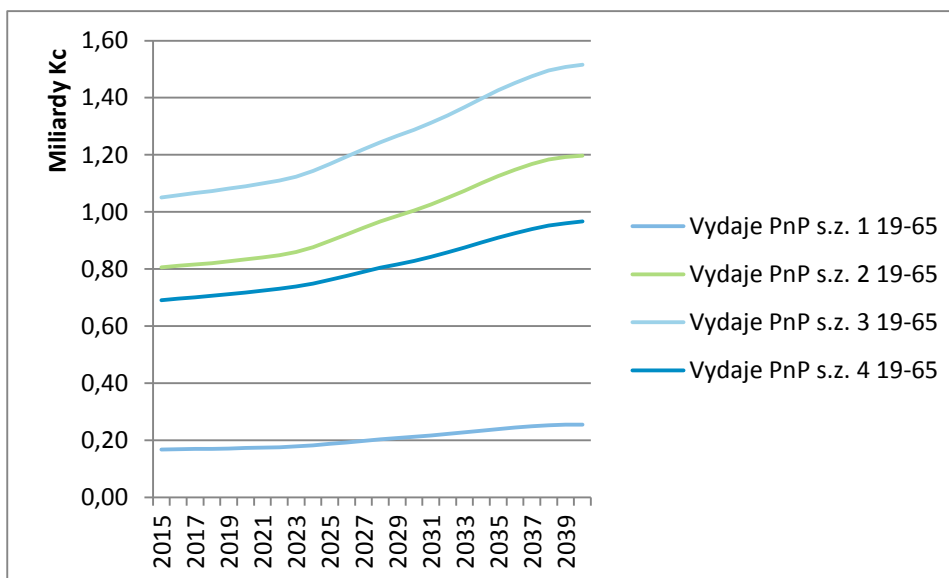


Pro úplnost je níže zobrazen detailní pohled na rozložení výdajů na PnP na neregistrované poskytovatele péče podle věkových kategorií a jednotlivých stupňů závislosti. Předně, obecný tvar a průběh linie výdajů se shoduje s celkovými výdaji, tj. typ a způsob růstu je stejný. Pozorujeme ale rozdílné uspořádání ve vztahu k výši výdajů podle stupňů závislosti. Například pro věkovou skupinu 66 a více let jsou nejvyšší výdaje na neregistrované poskytovatele pro stupeň závislosti tři, potom stupeň závislosti dva, stupeň závislosti čtyři a nakonec stupeň závislosti jedna.

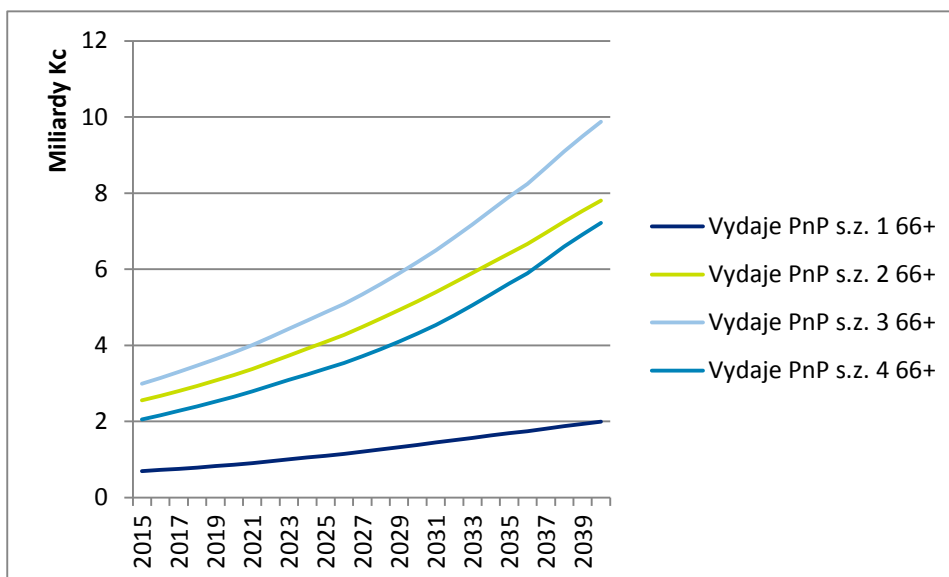
Graf 33: Výdaje na PnP, neregistrovaní poskytovatele ve věkové kategorii 1-18, v členění dle stupně závislosti



Graf 34: Výdaje na PnP, neregistrovaní poskytovatele ve věkové kategorii 19-65, v členění dle stupně závislosti



Graf 35: Výdaje na PnP, neregistrovaní poskytovatele ve věkové kategorii 66+, v členění dle stupně závislosti



4.7 Dopady prognózy výdajů na PnP na státní rozpočet

V následující části textu jsou vyhodnoceny nároky na státní rozpočet z titulu budoucího financování PnP. Pro predikci byly použité 3 výše popsané scénáře.

Metodicky byl proveden výpočet nutných příjmů sociálního systému z titulu změny výše výdajů na PnP a tím vyvolaných nároků na státní rozpočet. Následně Zpracovatel kalkuloval minimální nárok na růst nominálního HDP potřebný pro zachování současné proporce výdajů na PnP k nominálnímu HDP a zachování sociálního systému v rovnováze.

Jinými slovy, metoda aplikuje tuto základní podmínku:

- Podíl výdajů na PnP k nominálnímu HDP je v čase konstantní

Za splnění těchto dvou podmínek je dále počítáno, jaké je nutné tempo růstu ekonomiky, a tedy i příjmů státního rozpočtu, aby byl pokryt nárůst výdajů na PnP. Následující grafy tedy odpovídají na otázku: „Jaké je nutné minimální tempo růstu nominálního HDP, aby mohl zůstat poměr výdajů na PnP k nominálnímu HDP neměnný?“

Nejprve je v Grafu 31 zobrazena absolutní výše nákladů na PnP vypočítaná podle simulačního modelu pro tři výše uvedené scénáře (v mld. Kč). Náklady vykazují exponenciální tempo růstu, což je způsobeno inflací a, ve dvou scénářích i rostoucí pravděpodobností výskytu disability v populaci (tuto proměnnou v souladu s výše uvedenou konvencí označujeme v grafu pro přehlednost jako „nemocnost“).

V dalším kroku je bráno v potaz tempo růstu nákladů. Graf 32 zobrazuje procentuální nárůst ročních nákladů ve všech třech výše uvedených modelových scénářích. Procentuální nárůst je počítaný pomocí standardní diferenční metody. Motivace za tímto přístupem je následující: Zpracovatel uvažuje relativní náklady na PnP zafixované na současné výši, tj. proporčně zafixované k celkovému nominálnímu HDP. Následně kalkuluje, jak moc musí nominální HDP růst, aby nebylo třeba navyšovat relativní výdaje na PnP v rámci státního rozpočtu.

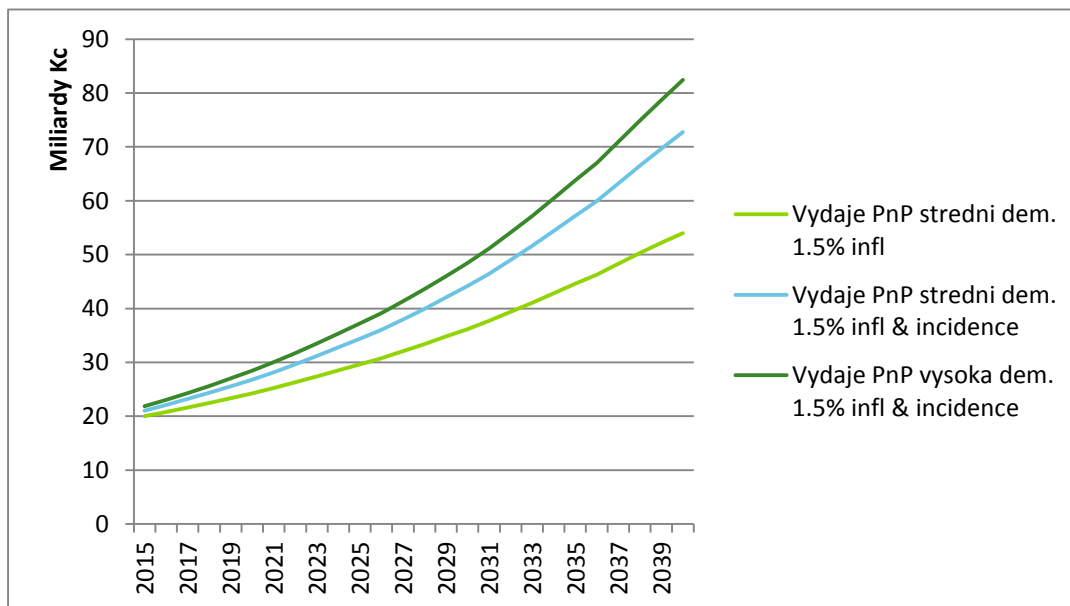
V prvním scénáři, který představuje základní scénář modelování, je vidět, že nominální HDP musí v krátkodobém horizontu růst o necelé čtyři procenta ročně. Ve střednědobém horizontu pak nároky rostou až na úroveň čtyř a půl procenta. V delším horizontu pak nároky na růst nominálního HDP mají klesající tendenci.

Pokud by tedy tempo růstu nominálního HDP bylo na těchto úrovních, je současný systém obtížně financovatelný bez potřeby relativního navyšování výdajů ze státního rozpočtu. Vezmeme-li v potaz fakt, že například za posledních pět let tato hodnota tempa růstu nominálního HDP nebyla dosažena ani jednou⁴³, je možné, že během ekonomické recese je současné nastavení systému poněkud problematické a bude vhodné zvážit změny. Je třeba podotknout, že problém s financováním nebude jen během ekonomických krizí. **Je pravděpodobné, že požadovaná tempa růstu nominálního HDP nemusí být vždy naplněna ani v období ekonomické konjunktury.**

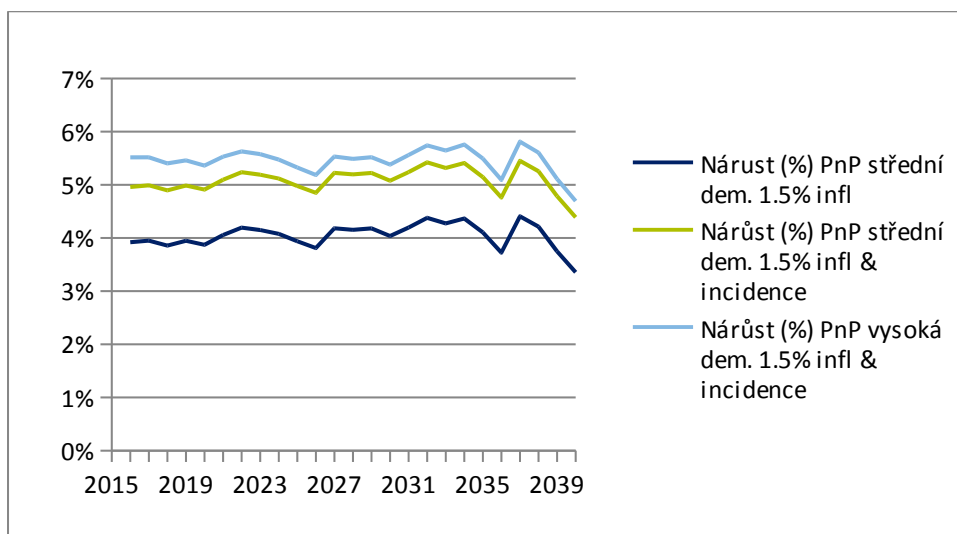
V případě dvou zbývajících modelovacích scénářů pak, logicky vzhledem k jejich předpokladům, lze pozorovat vyšší nároky na růst nominálního HDP – minimální nutné tempo růstu osciluje mezi pěti a šesti procenty. V těchto dvou případech je tedy třeba výrazně rychlejší ekonomický růst, aby systém sám sebe ufinancoval. Výsledky rovněž ukazují, že pro nároky na růst nominálního HDP není určující demografická struktura. Její vliv na tempo růstu je relativně zanedbatelný. Ke konci časového intervalu prognózy lze pozorovat, že stabilita systému stále vyžaduje významný růst nominálního HDP, ale tempo růstu systematicky zpomaluje.

⁴³ Pro ilustraci, v období od počátku globální ekonomické krize v roce 2008, bylo nejvyšší roční tempo růstu nominálního HDP ČR na úrovni 3,1 %.

Graf 36: Tři scénáře výdajů na PnP, absolutní výše (v Kč)



Graf 37: Tři scénáře výdajů na PnP, relativní změna



4.8 Závěrečné shrnutí

Závěrem lze konstatovat, že v případě všech tří věkových skupin prognóza ukazuje nárůst výdajů na PnP. Během sledovaného období se zároveň mění i struktura budoucích příjemců. V tomto smyslu je hlavním zjištěním související přesun relativní váhy výdajů směrem k nejvyšším věkovým skupinám. Strukturální obrázek budoucího vývoje přináší významnou informaci ve vztahu ke kapacitám poskytovatelů sociální péče a designu sociální politiky v této oblasti.

Dopad očekávaného vývoje výdajů na PnP na veřejné rozpočty ukazuje, že pro zachování udržitelnosti financování jsou ceteris paribus nezbytné relativně vysoká tempa růstu nominálního HDP. Minimální nutné tempo růstu osciluje mezi čtyřmi a šesti procenty, v závislosti na použitém modelovacím scénáři.

5 Popis a modely vybraných alternativních variant financování, vyhodnocení příkladů dobré praxe ze zahraničí

5.1 Úvod

V rámci poskytování a financování sociální péče dlouhodobého charakteru ve vyspělých státech lze obecně rozlišovat tři základní modely⁴⁴:

- **Podpůrný model** (subsidiary model) – sociální politika v těchto zemích je založená na významnější podpoře státu, je typická pro státy, v nichž existuje povinné státní nebo soukromé pojištění. Proto je podpůrný model péče typický pro státy jako Německo, Rakousko a Nizozemsko, které podporují ze státního povinného pojištění formou odvodu z hrubé mzdy pečovatele přes finanční benefity nebo hmotné dávky;
- **Model rodinné péče** (family care model) – poskytování péče je primárně úlohou rodiny a stát poskytuje podporu pouze těm, kteří nejsou schopni sami pokrýt náklady na sociální služby. Příkladem tohoto systému je Velká Británie, která je typickým představitelem liberálního přístupu k financování dlouhodobé péče;
- **Model státní odpovědnosti** (state responsibility model) – primární roli v zajišťování péče má stát. Tento model je typický pro skandinávské státy (proto je také odborníky nazýván Nordický systém), kde je osobní péče primárně úlohou obcí (municipalit). Reprezentativní státy tohoto modelu detailně analyzované v následující kapitole jsou Švédsko a Dánsko.

Česká republika se z hlediska způsobu poskytování a financování péče osob závislých na péči jiné osoby nachází na pomezí modelu rodinné péče a modelu státní podpory. Dlouhodobá péče je financována převážně ze státního rozpočtu, rozpočtu krajů a obcí a dodatečně formou úhrad uživatelů. Veřejné výdaje na dlouhodobou péči tvořily v roce 2012 necelých 0,8 % z HDP⁴⁵. O zhruba 70 % závislých osob je pečováno rodinnými příslušníky v domácím prostředí, 30 % využívá služby registrovaných poskytovatelů sociálních služeb.⁴⁶

5.2 Souhrnné srovnání přístupu k financování dlouhodobé péče ve vybraných zemích Evropské unie

Následující tabulka obsahuje základní srovnání klíčových ukazatelů v oblasti financování a poskytování dlouhodobé péče v analyzovaných státech a ČR.

Statistická data v oblasti sociální péče se vyznačují **vysokou mírou nekonzistence napříč dostupnými zdroji**, která je s největší pravděpodobností způsobena využitím různých metod sběru a interpretace dat. Pro souhrnné srovnání proto Zpracovatel čerpal ze souhrnných statistik o objemu, způsobu využití výdajů na sociální péči a počtu uživatelů a neformálních pečovatelů. Údaje pro detailnější přehled systému u jednotlivých států čerpal Zpracovatel z nejaktuálnějších dostupných statistik, případně z informací poskytnutých na vyžádání v průběhu realizace projektu.

⁴⁴ Anttonen and Sipilä, 1996.

⁴⁵ Podpora procesu: Příspěvek na péči: analýza dostupných datových zdrojů a Účetní závěrky za sociální služby 2010 – 2012 (MPSV).

⁴⁶ Statistika příjemců příspěvku na péči z informačního systému evidence nepojistných sociálních dávek.

Tabulka 19: Srovnání klíčových ukazatelů v oblasti financování a poskytování dlouhodobé péče v analyzovaných státech a ČR (Zdroj: Kompilace zdrojů mapujících systémy financování dlouhodobé péče v analyzovaných zemích)

Oblast	Německo	Rakousko	Velká Británie	Švédsko	Dánsko	Nizozemsko	Česko
Přístup k sociálnímu zabezpečení	Model státní podpory pomoci povinného pojištění dlouhodobé péče (sdílená péče).	Model státní podpory pomoci povinného pojištění dlouhodobé péče.	Liberální přístup s důrazem na rodinnou péči a s podporou pouze nejslabších skupin.	Model státní odpovědnosti za občany s universálním přístupem.	Model státní odpovědnosti za občany s universálním přístupem.	Model státní odpovědnosti s pojištěním dlouhodobé péče.	Model rodinné péče se státní podporou.
Zdroj financování	<ul style="list-style-type: none"> • Pojištění dlouhodobé péče (odvody zaměstnanců a zaměstnavatelů), • Spolufinancování uživatelů, • Lokální daně, • Soukromé pojištění 	<ul style="list-style-type: none"> • Pojištění dlouhodobé péče (odvody zaměstnanců a zaměstnavatelů), • Sociální pojištění • Lokální daně 	<ul style="list-style-type: none"> • Úhrady od uživatelů (úspory), • Centrální daně, • Lokální daně 	<ul style="list-style-type: none"> • Daně centrální vlády, • Lokální daně 	<ul style="list-style-type: none"> • Daně centrální vlády, • Lokální daně 	<ul style="list-style-type: none"> • Odvody zaměstnanců do pojistného systému, • Lokální daně 	<ul style="list-style-type: none"> • Státní rozpočet
Podíl veřejných výdajů na LTC na HDP (2010)^{47,48}	1,43 % Z toho: 0,40 % na péči v domácnosti 0,58 % na institucionální péči 0,45 % na finanční benefity	1,63 % Z toho: 0,47 % na péči v domácnosti 0,34 % na inst. péči 0,83 % na finanční benefity	1,97 % Z toho: 0,86 % na péči v domácnosti 0,56 % inst. péči 0,56 % na finanční benefity	3,88 % Z toho: 1,85 % na péči v domácnosti 1,87 % inst. péči 0,16 % na finanční benefity	4,50 % Z toho: 1,33 % na péči v domácnosti 1,14 % inst. péči 2,04 % na finanční benefity	3,82 % Z toho: 0,53 % na péči v domácnosti 2,00 % inst. péči 1,29 % na finanční benefity	0,81 % Z toho: 0,06 % na péči v domácnosti 0,23 % inst. péči 0,53 % na finanční benefity
Definice opečovávané osoby⁴⁹	Vyžaduje ve vyšší míře pomoc s běžnými každodenními úkony alespoň po dobu 6 měsíců.	Vyžaduje asistenci při výkonu běžných činností po dobu alespoň 6 měsíců, více než 65 hodin měsíčně.	Potřebuje asistenci s péčí a mobilitou po dobu 3 měsíců a je očekáváno, že bude v takovém stavu po dobu dalších 6 měsíců.	Posuzuje „manažer péče“, který hodnotí kognitivní a funkční omezení osoby při výkonu denních aktivit. Toto posuzování nezohledňuje příjem.	Každý má nárok, není stanovená míra závislosti. Pokud člověk vyžaduje 2 hodiny péče týdně, dostane ji.	Posuzuje CIZ na základě ADL, potřeby péče, léčby, bydlení a předpisů. Každému je určen individuální stav.	Minimálně po dobu 6 měsíců vyžaduje asistenci s ADL a byl jí přidělen stupeň závislosti (1 až 4).

⁴⁷ EUROPEAN COMMISSION. *Long-term Care: need, use and expenditure in the EU-27*. Brussels, 2012. Str. 15.

⁴⁸ Průměr veřejných výdajů EU-27 na dlouhodobou péči činí 1,84 % z HDP (zdroj: EUROPEAN COMMISSION. *Long-term Care: need, use and expenditure in the EU-27*. Brussels, 2012)

⁴⁹ Ancien Europe: The Long-term Care System in Denmark, The Dutch System of Long-term Care, The Long-term Care System for the Elderly in Germany, The Austrian Long-term Care System a The Long-term Care System for the Elderly in Sweden a GEISLER, Hana et al.: *Nefornální péče ve vybraných státech Evropské unie - Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe*. 2015.

Oblast	Německo	Rakousko	Velká Británie	Švédsko	Dánsko	Nizozemsko	Česko
Definice pečovatele	Pečuje o závislou osobu ve svém okolí, nevykonává to jako svou práci a pečuje více jako 14 hodin týdně a nepracuje více než 30 hodin týdně.	Poskytuje péči závislé osobě minimálně 65 hodin měsíčně (50 hodin pro příspěvek).	Osoba starší než 16 let, n/a pečuje minimálně 35 hodin týdně..		Všechny osoby, které se rozhodnou pečovat o osobu s postižením, v nemoci nebo o umírajícího.	Osoba poskytující aspoň po dobu 3 měsíců péči v rozsahu minimálně 8 hodin týdně rodinnému příslušníkovi nebo osobě blízké.	Osoby pečující o osoby závislé na péči jiné osoby ve stupni II – IV, nebo osoby pečující o osoby mladší 10 let, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni I. ⁵⁰
Podíl příjemců dlouhodobé péče na celkové populaci (2008)^{51 52}	2,8 %	5,1 %	2,9 % ,	4,2 %	2,5 %	3,8 %	2,8 %
Způsob poskytování péče (% příjemců péče) (2010)⁵³	8,5 % institucionální péče 18,2 % péče v domácnosti 73,2 % mimo formální péči	11,2 % institucionální péče 22 % péče v domácnosti 66,7 % mimo formální péči	4,7 % institucionální péče 20,6 % péče v domácnosti 74,7 % mimo formální péči	32 % institucionální péče 31,7 % péče v domácnosti 36,3 % mimo formální péči	16,3 % institucionální péče 32 % péče v domácnosti 51,7 % mimo formální péči	31,9 % institucionální péče 58,3 % péče v domácnosti 9,8 % mimo formální péči	17,3 % institucionální péče 14,9 % péče v domácnosti 67,8 % mimo formální péči
Podíl neformálních pečovatelů na celkové populaci (2011)⁵⁴	11 % (8 mil.)	9,8 % (0,82 mil.)	15,2 % (9,62 mil.)	8 % (0,75 mil.)	9,3 % (0,52 mil.)	11,4 % (1,93 mil.)	12 % (1,27 mil.)

⁵⁰ Definice pro účely zdravotního pojištění v zákone c. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Obecná definice pečovatele, např. v zákoně o sociálních službách, neexistuje.

⁵¹ OECD. Help wanted? *Providing and Paying for Long-Term Care. Chapter 1: Long-term care: Growing Sector, Multifaceted Systems*. Str. 40. 2011. Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/help-wanted.htm#data>

⁵² Více než polovinu uživatelů dlouhodobé péče tvoří osoby starší 80 let.

⁵³ EUROPEAN COMMISSION. *Long-term Care: need, use and expenditure in the EU-27*. Brussels, 2012. Str. 75.

⁵⁴ OECD. Help wanted? *Providing and Paying for Long-Term Care. Chapter 3: The Impact of Caring on Family Carers*. Str. 88. 2011. Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/help-wanted.htm#data>

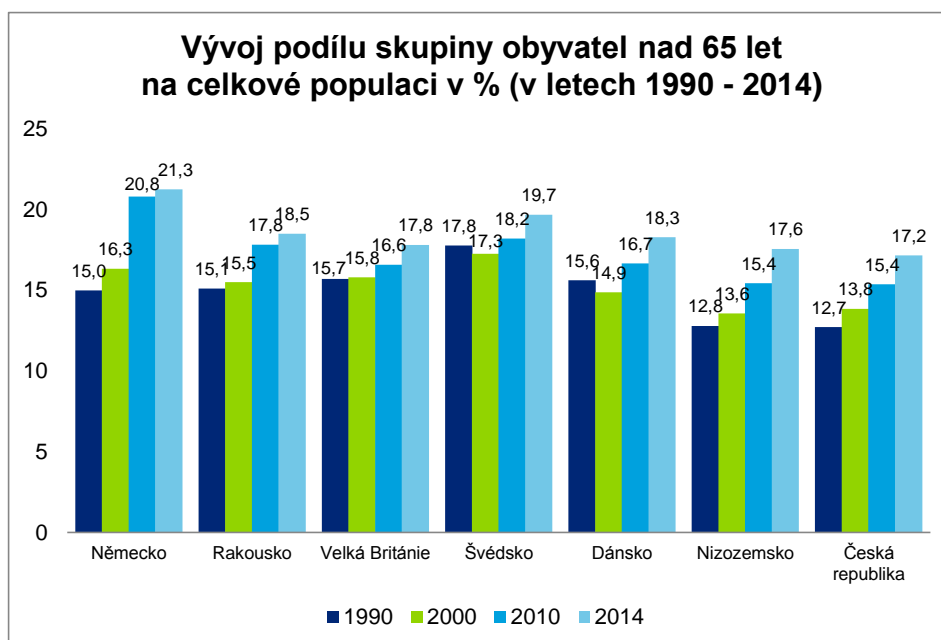
Obecné zhodnocení trendů v poskytování a financování dlouhodobé péče v analyzovaných státech⁵⁵

V současné době se většina vyspělých států s rostoucí ekonomickou úrovní potýká s problémem stárnutí populace. Tato situace přináší zvýšené nároky na financování služeb, které pomáhají osobám s omezenou schopností vykonávat běžné denní činnosti z důvodu chronických fyzických, psychických nebo kognitivních těžkostí. Nárůst počtu osob vyžadujících dlouhodobou péči (zejména lidé nad 65 let) vede ke zvyšování nákladů na straně veřejných rozpočtů na financování péče. Využívání dlouhodobé péče je ovlivňováno hlavně mírou podpory ze strany státu, charakteristikou profesionální a neformální péče v daném státě, sociálními standardy zaměřenými na přístup k posouzení a vypořádání se se zdravotními problémy a charakteristikou individuálních uživatelů.

V rámci financování a poskytování dlouhodobé péče napříč analyzovanými státy lze identifikovat následující obecné trendy:

- **Nárůst počtu obyvatel vyžadujících dlouhodobou péči zejména v důsledku demografického vývoje.** V grafu níže je vidět, že dynamika růstu je v České republice jedna z nejvýraznějších, zejména ve srovnání se státy jako Rakousko a Velká Británie.

Graf 38: Podíl osob starších 65 let na populaci v letech 1990 – 2014 (Zdroj: Databáze Světové banky⁵⁶)

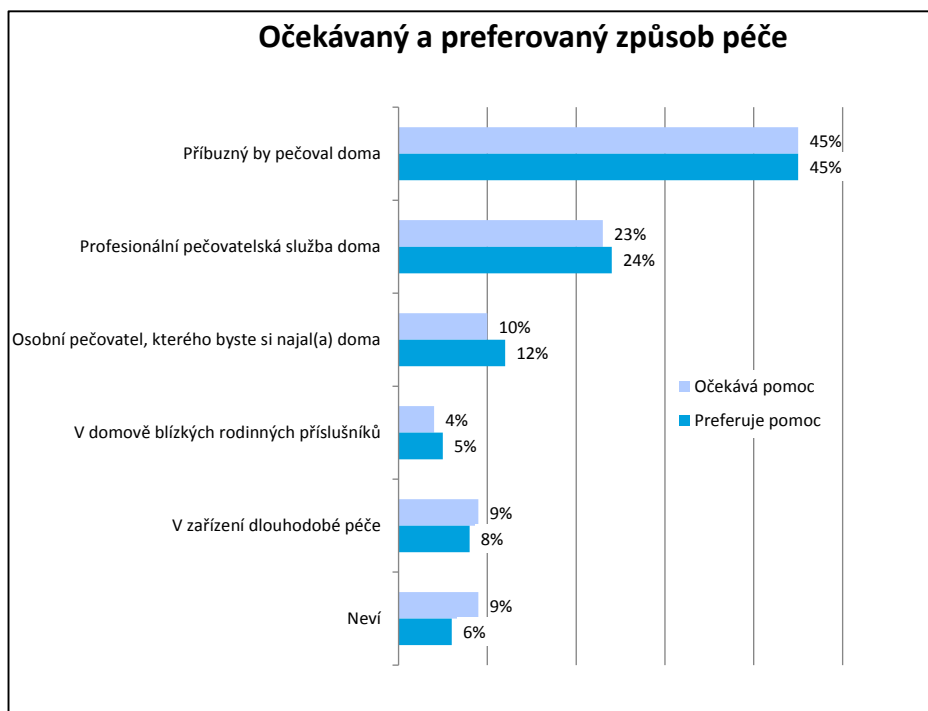


⁵⁵ THE NETHERLANDS INSTITUTE FOR SOCIAL RESEARCH. *Who cares in Europe: a comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European countries* (study). The Hague, 2014

⁵⁶ Dostupné z: <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&country=&series=SP.POP.65UP.TO.ZS&period=#>

- **Osoby mají zpravidla zájem strávit své stáří doma.** Tuto skutečnost potvrdil průzkum z roku 2006 zobrazující preferované versus očekávané způsoby pečované v případě vzniku závislosti⁵⁷.

Graf 39: Očekávaný versus preferovaný způsob péče v případě vzniku závislosti⁵⁸



- Hospodářská krize a tlaky na ozdravování veřejných financí vedly ke **snižování veřejné podpory dlouhodobé péče**, což ústí v potřebu hledání ekonomicky efektivnějších způsobů poskytování péče.
- Snahy o zlepšení poskytování dlouhodobé péče s cílem **zvýšení spokojenosti příjemců dlouhodobé péče**.
- **Důraz na podporu neformální péče** (péče o osoby ve vlastním prostředí poskytovaná ze strany rodinných příslušníků nebo známých) z důvodu ekonomické efektivity i sociální přívětivosti. Cílem je poskytování péče na principu podpory kvalitního a nezávislého života po co nejdelší dobu. Rozšiřování podpory pro neformální pečovatele a zaměstnaneckých benefitů. Institucionální péče je poslední instancí v případě, že péče nemůže být poskytována v domácím prostředí.
- **Decentralizace řízení služeb dlouhodobé péče** – přesouvání organizace a poskytování dlouhodobé péče na lokální autority, čili blíž k uživateli, což vede k lepším řešením.
- **Koordinace zdravotní a sociální péče v oblasti posuzování i poskytování služeb.**
- **Přizpůsobování příjmů do systému financování služeb dlouhodobé péče předpokládaným výdajům** zejména s ohledem na demografický vývoj.
- **Vysoká míra podpory ze strany státu** (s výjimkou Velké Británie).
- Využití **systému veřejného pojištění dlouhodobé péče** v řadě evropských zemí.
- **Angažování komunity** do poskytování neformální péče.
- **Zavádění inovativních přístupů** v rámci financování a poskytování dlouhodobé péče, např. v podobě:
 - podpory sociálního investování⁵⁹;

⁵⁷ EUROPEAN COMMISSION. Long-term care in European Union. 2005. Dostupné z:

http://www.monitoringris.org/documents/tools_reg/ltc_final_2504_en.pdf

⁵⁸ EUROPEAN COMMISSION. Health and long-term care in the European Union. Str. 95. 2007. Dostupné z:

http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf

- zavádění asistivních technologií;
 - alternativní způsoby financování – např. sociální dluhopisy (Social impact bonds);
- **Důraz na prevenci** vzniku potřeby poskytování dlouhodobé péče (např. rehabilitace).

Koordinace financování a poskytování dlouhodobé péče ze strany EU

Jelikož je charakteristika a nastavení systému sociálního zabezpečení závislá na historických a kulturních aspektech každého členského státu EU, existují značné rozdíly v uspořádání systému dlouhodobé péče napříč evropskými státy. Právě z tohoto důvodu bylo v komparaci analyzováno až 6 států s cílem poskytnout detailnější pohled na hlavní modely dlouhodobé péče – státní odpovědnost, státní podpora a podpora rodinné péče.

Vzhledem k odlišnému historickému vývoji a specifikům potřeby dlouhodobé péče v tak rozmanitém uskupení států není možné centrálně stanovit jednotný přístup k financování a poskytování sociální péče, který by byl významně podporován k implementaci. Úlohou Evropské unie je koordinovat dlouhodobou péči v členských státech. Této činnosti se věnuje Výbor pro sociální ochranu. V rámci EU také působí vícero seskupení, která pokrývají jednotlivé oblasti dlouhodobé péče, jako např. *Eurocarers*, pan-evropská síť osob, které se vedle pečování věnují jiné pracovní činnosti a lobují za pečovatelskou dovolenou⁶⁰. Další organizace se zaměřují na kvalitu poskytované péče, kde se snaží řešit vzdělávání neformálních pečovatелů a asistivní služby, které by jim napomáhaly zůstat během pečování o osobu blízku aktivními na trhu práce.⁶¹ Obě tyto skupiny jsou podporovány ze strany EU a členských států.

V rámci základního strategického dokumentu Europe 2020 je kladen hlavní důraz na udržitelnost veřejných financí a udržitelný hospodářský růst, který je ohrožen zejména stárnutím populace. Hlavní doporučení EU v dokumentu jsou zefektivňování sociální politiky například cestou důchodových a zdravotních reforem, zavádění principů flexicurity (detailní popis v následující kapitole), lepší vzdělávání a ochrana pro vyloučené skupiny atd.⁶²

⁵⁹ Elektronický zdroj: *Social Investment*. Evropská Komise. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1044>

⁶⁰ FRANSEN, Lieve. *The Policy Agenda – EU approach to long-term care. Lobbying for an EU-level carers strategy and an EU Directive on carers leave*. 2014

⁶¹ WEDO. *EU Strategy for the wellbeing and dignity of older people in need of care and assistance*. Dostupné z: http://wedo.ttp.eu/system/files/Final%20EU%20strategy_without%20logos%26supp.pdf

⁶² EUROPEAN COMMISSION. Sdělení Komise. Evropa 2020 – Strategie pro inteligentní a udržitelný růst podporující začlenění. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:CS:PDF>

5.3 Německo⁶³

5.3.1 Základní popis systému financování dlouhodobé péče

Základní principy financování sociálních služeb v Německu jsou následující:

- Sociální zabezpečení je financované prostřednictvím **povinného pojištění na sociální zabezpečení** pomocí nástrojů pro redistribuci. Povinné pojištění v Německu je složeno z pěti pilířů:
 - Pojištění pro případ nezaměstnanosti („Arbeitslosenversicherung“ – ALV)
 - Zákonné zdravotní pojištění („Gesetzliche Krankenversicherung“ – GKV)
 - Sociální pojištění péče („Pflegeversicherung“ – PV)
 - Důchodové pojištění („Rentenversicherung“ – RV)
 - Zákonné úrazové pojištění („Unfallversicherung“ – UV)

Účast v systému pojištění na sociální zabezpečení je povinná pro celou populaci. Převážná většina pojištěnců (69,5 mil.) se účastní veřejného pojistného systému. Všechny pilíře sociálního pojištění mají za cíl sociální zabezpečení vůči nežádoucím společenským jevům (jevy vznikající z nepřijatelné sociální a zdravotní situace osob závislých na pomoci druhé osoby a situace jejich rodinných příslušníků). Sociální péče je financovaná převážně z pilíře „Sociální pojištění péče“ povinného pojištění, dlouhodobá péče může být hrazená také z úrazového pojištění. Cílem pilíře sociálního pojištění péče je zamezit finančnímu stresu plynoucímu z potřeby financovat péči z vlastních úspor nebo majetku závislých osob nebo jejich rodinných příslušníků nebo prostředků spolkových zemí (sociální asistence). Pojištění sociální péče má pomoci osobám vyžadujícím péči zůstat déle v domácnosti a zlepšit ochranu neformálních pečovatелů, kteří jsou nezaměstnaní. Pojištění spravují pojišťovny, přičemž pro 3 komponenty sociálního zabezpečení existuje jeden společný fond, v případě zdravotního pojištění a pojištění dlouhodobé péče si může zaměstnanec zvolit správce individuálně.

- Primárně je podporována **neformální péče v domácím prostředí** poskytovaná ze strany rodinných příslušníků nebo přátel. Poskytování neformální péče je spojené s nižšími náklady než formální péče v domácnosti nebo denním stacionáři. Pokud není péče v rodině postačující, jsou poskytovány terénní nebo ambulantní služby, případně pobytové služby.
- Důležitá role prevence před vznikem potřeby dlouhodobé péče, např. ve formě rehabilitace;
- Dávky jsou poskytované formou **finančního příspěvku**, jako **hmotná dávka** nebo jejich **kombinace**. Výše dávky se odvíjí od způsobu využívání služeb;
- Velké rozšíření **zaměstnaneckých benefitů** s cílem podpory ochoty pečujících osob poskytovat neformální péči, zajištění uznání těchto osob;
- Z vlastních zdrojů hradí uživatelé stravu, ubytování, nadstandardní služby, případně služby, na jejichž pokrytí nepostačuje příspěvek ze sociálního pojištění. Ve většině případů rozdíl mezi cenou za služby a příspěvkem ze sociálního pojištění dorovnají spolkové země prostřednictvím sociální asistence;
- Podpora rozšiřování a koordinace infrastruktury dlouhodobé péče a podpora konkurence mezi profesionálními poskytovateli sociálních služeb.
- Poskytované finanční benefity nepodléhají testování výše příjmu ani majetku, avšak podpora ze sociální asistence na doplatek rozdílu v ceně služby se odvíjí od výše příjmu žadatelů.

⁶³ Informace v této kapitole jsou čerpané z GEISLER, Hana et al.: *Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie - Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe*. 2015, výstupů výzkumného projektu ANCIEN – Assessing Needs of Care in European Nations: *The Supply of Informal Care in Europe; The Long-Term Care System for the Elderly* a poskytnuté ze strany oslovených institucí, není-li uveden jiný zdroj.

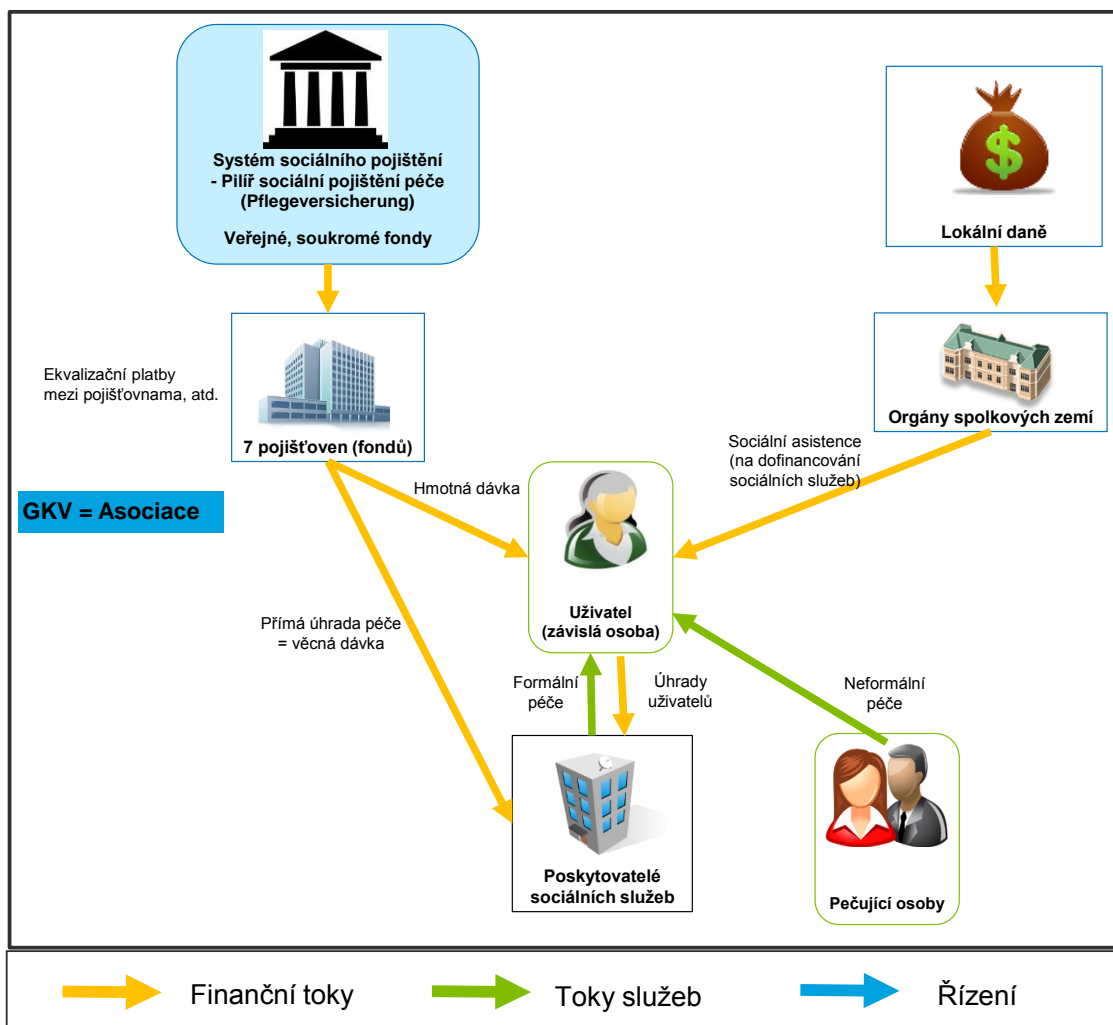
Následující tabulka shrnuje hlavní benefity pro příjemce i poskytovatele dlouhodobé péče (formální i neformální) v Německu:

Tabulka 20: Benefity pro příjemce a poskytovatele dlouhodobé péče

Benefity				
	Finanční	Nefinanční	Zaměstnanecké	Ostatní
Formální péče	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Příspěvek na péči (komunitní a institucionální péče) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Příspěvek na péči (věcná dávka) 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Krátkodobá institucionální péče ✓ Dlouhodobá péče
Neformální péče	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Příspěvek na péči ✓ Příspěvky na sociální zabezpečení ✓ Příspěvky do osobního rozpočtu ✓ Přechodový příspěvek ✓ Daňový odpočet 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pečovatelská dovolená ✓ Rodinná pečovatelská dovolená ✓ Náhradní péče (v podstatě formální péče) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Respitní péče ✓ Příspěvek na pomůcky ✓ Denní/noční stacionář ✓ vzdělávání neformálních pečovatelů ✓ Poradenství

Na obrázku níže je schematicky zobrazen model financování sociální péče v Německu, který je následně detailně popsán.

Obrázek 2: Schéma organizace německého systému financování dlouhodobé péče



Tabulka níže shrnuje hlavní ukazatele popisující výše uvedený model financování dlouhodobé péče.

Tabulka 21: Hlavní ukazatele financování dlouhodobé péče v Německu

Kategorie	Údaj	Rok
Podíl výdajů na LTC (v % na HDP)	celkové výdaje	1,5 % (odhad) 2011
	veřejné/soukromé zdroje	1,1 % ⁶⁴ /0,4 % ⁶⁵ 2011
	domácí/institucionální (% nákladů)	20 %/80 % ⁶⁶ 2010
Výše odvodu na pojištění dlouhodobé péče	V % z hrubé mzdy	2,35 % ⁶⁷ (2,6 % bezdětný) 2015
Výše finanční dávky v různých stupních závislosti	Finanční/věcná dávka v €	0. stupeň – 120 €/225 € 1. stupeň – 235 €/450 € 2. stupeň – 440 €/1100 € 3. stupeň – 700 €/1530 € Nejzávažnější případy – 1918 € ⁶⁸ 2015

5.3.2 Struktura příjemců dlouhodobé péče

Následující tabulka shrnuje základní informace o počtu obyvatel nad 65 a 80 let, počtu příjemců péče v členění dle způsobu poskytování péče a počtu neformálních pečovatелů.

Tabulka 22: Počet příjemců dlouhodobé péče a neformálních pečovatелů

Kategorie	Údaj	Rok
Struktura populace (% z celkové populace)	nad 65 let	17,6 mil. (21,8 %) ⁶⁹ 2014
	nad 80 let	4,01 mil. (4,8 %) ⁷⁰ 2007
Počet příjemců péče (v mil. osob) ⁷¹	v domácnosti	1,76 mil. (2,2 %) 2012
		70,3 % příjemců péče
	Z toho:	
	• v péči příbuzných	1,18 mil. (1,5 %) 2012
	• v ambulantní péči	0,58 mil. (0,7 %) 2012
	23 % příjemců péče	
	v institucích	0,743 mil. (0,9 %) 2012
	Celkem	2,5 mil. (3,2 %) 2012
		29,7 % příjemců péče
Počet neformálních pečovatелů (v mil. osob) ⁷²		4,7 mil. (5,8 %) 2012

⁶⁴ SCHOLKOPF, Martin. *Long-term care insurance (LTCI) in Germany*. Federal Ministry of Health, Germany. Presentation at the Conference „Managing Innovation and Reform in Healthcare”, University of Minnesota, Minneapolis. 2012.

⁶⁵ OECD. *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Dostupné z: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013/long-term-care-public-expenditure-health-and-social-components-as-share-of-gdp-2011-or-nearest-year_health_glance-2013-graph185-en#page1

⁶⁶ THE NETHERLANDS INSTITUTE FOR SOCIAL RESEARCH. *Who cares in Europe: A comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European countries* (study). Str. 38. The Hague, 2014.

⁶⁷ Health Insurance Options in Germany – 2015, sekce Government Health Insurance System (GKV). Dostupné z: <http://www.howtogermany.com/pages/healthinsurance.html>

⁶⁸ SCHOLKOPF, Martin. *Long-term care insurance (LTCI) in Germany*. Federal Ministry of Health, Germany. Presentation at the Conference „Managing Innovation and Reform in Healthcare”, University of Minnesota, Minneapolis. 2012.

⁶⁹ THE WORLD BANK. Population ages 65 and above. Dostupné z: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS/countries/1W?display=default>

⁷⁰ Výzkumný projekt ANCIEN – Assessing Needs of Care in European Nations: *The Supply of Informal Care in Europe; The Long-Term Care System for the Elderly* – výstupní zprávy pro Německo. ENEPRI Research reports.

⁷¹ GEISSLER, Hana et al. *Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie - Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe*. 2015.

⁷² GEISSLER, Hana et al. *Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie - Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe*. 2015.

Dalších 5,4 mil. osob v Německu mají omezení na méně než 2 aktivity, tím pádem nesplňují kritéria na čerpání dávek z pojištění péče. Z těchto osob žije 2,16 mil. v domácnosti bez poskytování neformální péče, případně si platí pomoc ze soukromých zdrojů.

V sociálním zákoně (Sozialgesetzbuch, dále SGB) jsou pečující osoby definovány jako osoby, které pečují o osobu odkázanou na pomoc druhých, kterou mají ve svém okolí, a péči nevykonávají jako své povolání. Na dávky pro pečující osoby má pak pečovatel nárok pouze tehdy, pokud pečuje alespoň 14 hodin týdně o jednu či více osob odkázaných na pomoc a splňujících zákonem definované podmínky (SGB, kniha XI, § 19)²⁰.

Zákonem SGB je přesně stanoveno, jaké charakteristiky musí opečovávaná osoba splňovat. Za osoby odkázané na péči jsou podle SGB považovány osoby, které na základě, tělesného, duševního nebo smyslového onemocnění či postižení vyžadují ve vyšší míře pomoc s běžnými každodenními úkony a u nichž se předpokládá, že tuto pomoc budou potřebovat nejméně po dobu 6 měsíců (SGB, kniha XI, § 14)¹⁹.

5.3.3 Popis systému financování dlouhodobé péče včetně popisu finančních toků

Pojištění

Do roku 1994 byla péče o dlouhodobě závislé osoby dominantně poskytována ze strany rodiny a stát poskytoval prostředky na úhradu péče pouze těch osob, které nebyly schopné zajistit financování z vlastních zdrojů. V roce 1995 byl zaveden poslední pilíř sociálního systému „Sociální pojištění péče“ (Pflegeversicherung). Od dubna téhož roku mají závislé osoby nárok na pobírání dávek financovaných z pojištění péče na péči poskytovanou v domácnosti, od července 1996 rovněž na institucionální péči.

Základními principy pojistného systému jsou solidarita, subsidiarita a korporatismus⁷³. Do systému pojištění přispívají zaměstnanci i zaměstnavatelé zhruba ve stejném poměru. Souhrnné odvody z hrubé mzdy se pohybují v rozmezí 40,75 – 41 %⁷⁴. Pojistné na sociální pojištění péče je odváděno do zdravotních pojišťoven, které si vedou oddělený fond pro dlouhodobou péči mimo zdravotní pojištění. Téměř celá populace je pojištěna ve veřejných nebo soukromých fondech. **Existuje 145 fondů LTC spravovaných 7 pojišťovnami**, které jsou navázané na fondy zdravotního pojištění – každý fond zdravotního pojištění má přidružený fond sociálního pojištění péče. Obdobně jako fondy zdravotního pojištění jsou fondy sociálního pojištění nezávislé, samostatně řízené společnosti, jejichž orgány jsou stejné jako orgány fondů zdravotního pojištění.⁷⁵ Mimoto na trhu působí 45 soukromých pojišťoven spravujících povinné soukromé LTC pojištění. Příjmy a výdaje poskytovatelů pojištění dlouhodobé péče jsou vyrovnávané v případě neobvyklých výdajů prostřednictvím ekvilibrační platby z ostatních zdravotních fondů. **Příspěvek ve výši 2,35 % z hrubé mzdy (dělí se ve stejném poměru mezi zaměstnance a zaměstnavatele). Bezdětné osoby starší než 23 let platí o 0,25 p. b. více (2,6 %).** Vyživované děti a manželé, jejichž měsíční příjem nepřesahuje limit pro odvody pojistného, jsou pojištěny bez odvodů v rámci rodinného pojištění. Maximální výše měsíčního příspěvku z hrubé mzdy je stanovena na 4 012,5 €. **Plánované je postupné zvyšování tohoto příspěvku každé 3 roky.** Doplnkové soukromé pojištění dlouhodobé péče má 3 formy – pojištění na hmotnou dávku, pojištění na dorovnání nadbytečných nákladů a pojištění na příplatek k nákladům na dlouhodobou péči bez ohledu na náklady.⁷⁶

Účast v systému zdravotního pojištění a sociálního pojištění péče je povinná pro celou populaci. V případě, že je příjem osoby vyšší než 54 900 €/ročně, existuje možnost vystoupit ze systému veřejného zdravotního pojištění a využívat soukromé pojištění a to stejné platí i u sociálního pojištění péče. i přes možnost vystoupení využívá státní pojištění přibližně 85 % populace a je nabízeno 150 různých pojistných fondů⁷⁷, které si vzájemně konkurují. Soukromé pojištění nabízí cca 45 soukromých pojišťoven, které pojišťují zbývající část populace. V případě, že občan vystoupí ze systému veřejného pojištění a přejde k využívání soukromého pojištění, zpravidla se již nemůže vrátit zpátky do systému veřejného pojištění. Z tohoto důvodu poskytují soukromé pojišťovny základní balíčky v ceně veřejného pojištění pro osoby, které se dostaly do situace, kdy se jim příjem snížil pod požadovanou hranici.

Sazba pojistného na dlouhodobou péči se zvyšuje jednou za 4 roky a kopíruje růst nákladovosti a demografický vývoj. V roce 2011 činily příjmy z LTC pojištění 22,1 mld. € a výdaje na LTC na vyplacené dávky 20,9 mld. € a další 1 mld. € na administrativu. Aktuálně se výdaje na LTC pojištění pohybují ve výši cca 1,5 % na HDP. Systém byl v roce 2012 ještě přebytkový, současný stav financování ještě není zveřejněn.⁷⁸

⁷³ Dle principu korporatismu je správní rada pojišťovny složená ze zástupců zaměstnavatelů a zaměstnanců jako důležitých rozhodovacích orgánů na národní a regionální úrovni. Ti vyjednávají se zástupci lékařů, farmaceutů, zubařů a pojišťovatelů o výši plateb do pojišťovny od pojištěnců a zároveň z pojišťoven poskytovatelům zdravotnických a pečovatelských služeb. Výhoda systému je vyvažování zájmů některé ze zúčastněných stran na případném růstu poplatků nebo růstu pojištění. Nevýhodou korporatismu je pomalé prosazování změn z důvodu střetu mnohých zájmů a návaznost na politický cyklus.

⁷⁴ Odvody na pojištění pro dlouhodobou péči se zvyšují o 0,25 %, pokud je zaměstnanec starší než 23 let a bezdětný.

⁷⁵ Elektronický zdroj: Deutsche Sozialversicherung.

Dostupné z: http://www.deutsche-sozialversicherung.de/en/longterm_care/organisation.html

⁷⁶ OECD: *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, 2011, Paris, dostupné z: www.oecd.org/health/longtermcare

⁷⁷ Pojistné fondy jsou spravovány 7 různými typy pojišťoven, které se dělí podle zřizovatele (státní, soukromé nebo podnikové), nebo podle profese (fond pro horníky, cechy apod.)

⁷⁸ Rovněž zdravotní fondy disponovaly v roce 2012 přebytky a byly mnohé debaty o tom, jak je utratit (snížit dotaci z MF, zavést návštěvy u lékaře zdarma (jednou kvartálně), vytvořit rezervní fond). V současné době jsou úhrady od uživatelů zdravotních služeb minimální, pouze u zubaře a v lékárně. V případě obvodních lékařů existuje pravidlo, že výše úhrady může být maximálně do výše 2 % z příjmu domácnosti a mnohým skupinám osob (těhotné ženy, děti) jsou služby poskytovány bez úhrady nebo se slevou (chronicky nemocní platí jenom 1 % ve výši příjmu v domácnosti). (Zdroj: GREEN D., IRVINE B.: Healthcare systems: Germany, CIVITAS, 2013, Londýn, dostupné z: <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/germany.pdf>)

V letech 2012 – 2013 byly realizovány reformy zdravotního a sociálního systému, které měly za cíl posílení konkurence ve zdravotním⁷⁹ sektoru a potažmo snížení tlaku na zdravotní a sociální výdaje státu.

Pojištění slouží na pokrytí nákladů osob, kterým choroba nebo postižení brání ve výkonu běžných denních činností minimálně po dobu 6 měsíců. Výše podpory z pojištění na dlouhodobou péči (LTCI) závisí na zhodnocení individuální potřeby péče ze strany Lékařské hodnotící rady. Pojistné plnění se vyplácí ve formě hmotné dávky nebo jako finanční hotovost – příjemce má možnost dobrovolného výběru způsobu poskytování služeb. Věcné plnění probíhá formou uzavření smlouvy mezi pojišťovnou a poskytovatelem sociální služby (ambulantní nebo pobytové), který přijímá úhradu od pojišťovny za vyúčtované náklady až do výše finančního limitu. V případě volby neformální péče a finančního příspěvku uzavírá poskytovatel neformální péče smlouvu s pojišťovnou, aby mohl využívat výhody náležitě pečující osobě. Existuje možnost kombinace čerpání věcné dávky a finančního příspěvku.

V roce 2012 využívalo **69 % osob** oprávněných čerpat dávky z pojištění dlouhodobé péče **domácí péči**, a to ve formě **finanční podpory (300 € až 700 €)** nebo **hmotné dávky formou profesionální pečovatelské služby (450 € až 1 550 €)**. Obdobně jako v Nizozemsku je finanční dávka výrazně nižší než hmotná dávka. Finanční platbu z pojistného systému mohou příjemci dát osobám blízkým nebo pečujícím známým. Rozhodnutí o využití příspěvku je ponecháno plně na uvážení příjemce. V případě využívání profesionální péče v domácím prostředí může uzavřít závislá osoba smlouvu s vlastním pečovatelem, která je hrazena z pojištění⁸⁰. Zbylých **31 %** oprávněných osob k čerpání **využívalo služby rezidenční péče**, která není plně hrazena z pojištění a je potřeba doplácet z důchodu nebo jiného soukromého připojištění, případně využít finanční podporu ze strany rodiny nebo sociální asistenci poskytovanou ze strany spolkových zemí.⁸¹ Pojištění rovněž nepokrývá nadstandardní služby, ubytování a stravování.

Sociální asistence

V případě, že příjemce péče není schopný zajistit spolufinancování z vlastních prostředků, dorovnávají rozdíl mezi cenou a úhradou ze sociálního pojištění spolkové země prostřednictvím sociální asistence. Dávky sociální asistence jsou přidělovány na základě testování příjmu.

Spolkové země mají rovněž odpovědnost za financování investic v oblasti služeb dlouhodobé péče. Přístup k financování investic se napříč spolkovými zeměmi značně liší – některé financují přímo investice v pečovatelských domech, jiné poskytují dodatečné financování potřeb závislých osob žijících v pečovatelských domech, které by byly jinak financované z prostředků sociální asistence.

Úhrady uživatelů

Z vlastních zdrojů hradí uživatelé stravu, ubytování, nadstandardní služby, případně služby, na jejichž pokrytí nepostačuje příspěvek ze sociálního pojištění. Úhrady uživatelů jsou značné, zahrnují rovněž investiční náklady (ve výši 376 € měsíčně), v případě, že tyto nejsou hrazené ze strany spolkových zemí.

5.3.4 Strategické řízení

Řízení sociálních služeb

Oblast dlouhodobé péče řídí na národní úrovni Ministerstvo zdravotnictví, které nese odpovědnost za tvorbu a monitorování legislativy. Klíčovou roli v rámci poskytování sociálních služeb plní spolkové země, již jsou odpovědné za plánování rozvoje služeb, udržení a rozvoj dostatečně dostupné sítě sociálních služeb a distribuci státní finanční podpory. Další stěžejní organizace vystupující v systému sociální péče jsou poskytovatele pojištění, kteří schvalují posouzení potřeb svých pojištěnců, uzavírají smlouvy s poskytovateli sociálních služeb, kontrolují kvalitu služeb a poskytují prostředky na financování sociálních služeb v podobě finančních, hmotných dávek a dalších benefitů. Posuzování potřeb provádí Lékařské hodnotící rady pro veřejné pojištěnce a společnost Mediproof pro soukromé pojištěnce.

⁷⁹ Pojištění dlouhodobé péče je součástí zdravotního pojištění, resp. jeho podstupeň.

⁸⁰ V roce 2008 bylo zaměstnáváno 100 000 soukromých domácích pomocníků za 800 až 1200€ a podíl nelegálně zaměstnaných nebyl odhadnut.

⁸¹ SHOLKOPF, M.: Long-term care insurance (LTCI) in Germany, Federal Ministry of Health, Germany, 2012.

Pojištění dlouhodobé péče pro děti a pro nezaměstnané osoby je tzv. volné, resp. dané skupiny ho nemusí platit, takže je buď hrazeno státem, nebo se platí z pojistného platících osob v závislosti od spolkového státu.⁸² Stát také platí pojištění za neformální pečovatele a poskytuje respitní péči zdarma.

Další významné organizace působící v systému pojištění dlouhodobé péče jsou:

- Centrální asociace zdravotních pojišťoven (GKV-Spitzenverband)
- Federální asociace pojišťoven dlouhodobé péče (Spitzenverband Bund der Pflegekassen)
- Federální skupina nadregionálních agentur sociální pomoci (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe)
- Konfederace sdružení lokálních autorit (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände)
- Federální společný výbor zdravotnických pracovníků, nemocnic a zdravotních pojišťoven (Gemeinsamer Bundesausschuss - G-BA)
- Zdravotní služba zdravotních pojišťoven péče (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung – MDK)
- Ministerstvo zdravotnictví (Bundesministerium für Gesundheit - BMG)
- Lékařská služba Centrálního Spolkového svazu zdravotního pojištění (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. - MDS)

Posuzování potřeb

K čerpání benefitů jsou oprávněni všichni občané (pojištěnci), u nichž vznikla potřeba péče, bez ohledu na věk, příjem nebo majetek. Posuzování potřeb pojištěnců účastnících se veřejného pojištění provádí Lékařské hodnotící rady, v případě osob účastných soukromého pojištění provádí posuzování potřeb soukromá společnost Mediproof. Hodnocení je prováděno doma nebo v zařízení sociální péče, účastní se jej zdravotní sestry a lékaři, kteří hodnotí domácí a sociální prostředí a zdravotní a funkční stav osoby v souladu s národními standardy. Německý systém rozlišuje 3 stupně závislosti a úplnou závislost. Posuzování potřeb je prováděno na základě zhodnocení frekvence poskytování péče a délky trvání poskytnutí péče neformálním pečovatelem. Součástí podpory není posuzování příjmu nebo majetku závislé osoby, ale rodinná situace a prostředí, ve kterém osoba žije. V případě potřeby jsou poskytnuty benefity umožňující úpravu domácnosti k poskytování domácí péče a podpůrné služby pro pečující osoby. Na základě posouzení rovněž navrhnou možnosti rehabilitace předcházející vzniku potřeby dlouhodobé péče.

Výše podpory z LTCI je omezená maximální výší podpory vzhledem k potřebě péče. Problematické je posuzování člověka trpícího demencí s normálním fyzickým stavem. Tato skupina osob není kvalifikována jako osoby vyžadující dlouhodobou péči.

Výsledek hodnocení je reportován příslušnému fondu sociální péče, od něhož příjemce obdrží písemnou zprávu obsahující vymezení potřebných služeb a intenzity péče včetně indikace, zde je možné péči poskytovat doma nebo je vyžadována institucionální péče. Posuzovaná osoba má možnost odvolání. Opětné posouzení je revidováno v případě změny zdravotního nebo funkčního stavu.

Finanční příspěvek na úhradu nákladů spojených s nákupem sociálních služeb nebo poskytováním neformální péče jsou paušální podle stupně závislosti opečovávané osoby a jejich výše se neodvíjí od věku, příjmu a majetku. Až v situaci, kdy příjem osoby včetně příspěvků od státu nepostačuje na pokrytí nákladů na pořízení sociálních služeb v požadovaném rozsahu, je osoba podrobená testování výše příjmů pro udělení doplatku ze sociální asistence.

Poskytování sociálních služeb

Podle SGB, Knihy XI, § 9 (Sociální pojištění péče) jsou za vytvoření a udržování dostačující sítě zařízení poskytujících služby odpovědní **spolkové země** a bližší způsoby plánování jejich rozvoje i distribuce státní finanční podpory jednotlivým zařízením jsou určeny tzv. zemským právem („Landesrecht“)¹⁸. Ačkoliv Německo usiluje o jednotu v systému podpory, existují stále výrazné rozdíly v dostupnosti potřebných služeb v jednotlivých spolkových zemích.

⁸² SCHOLKOPF, Martin. *Long-term care insurance (LTCI) in Germany*. Presentation at the Conference „Managing Innovation and Reform in Healthcare“, University of Minnesota, Minneapolis. 2012. Str. 3

Sociální služby a další benefity poskytované závislým osobám a neformálním pečovatelům jsou vymezené v zákoně SGB. Osobám je garantovaná možnost volného výběru způsobu využívání služeb. Z prostředků pojištění sociální péče jsou hrazené služby asistence v rámci domácí péče, institucionální péče, osobní asistence, úklidové služby, konzultace a poradenství pro závislé osoby i rodinné příslušníky. Závislé osoby mohou využívat rovněž alternativní formy bydlení, např. mezigenerační nebo společné bydlení, ubytování v speciálních domovech („Heimen“) poskytující ubytování třech typů (menší byty s kuchyňkou („Altenwohnheimen“), malé byty („Altenheimen“) a dvojlůžkové pokoje pro závažné případy („Pflegeheimen“)).

Pojistný systém je odpovědný za kontrolu kvality v zařízeních institucionální péče (cca 11 600 zařízení, 621 000 zaměstnanců). V roce 2009 bylo v pobytových zařízeních pečováno o 718 000 osob (31 % závislých osob). Profesionální péče v domácím prostředí byla poskytována 1,62 mil. závislým osobám, z toho 1,07 mil. osob poskytovali péči rodinní příslušníci, 555 200 osobám agentury domácí péče. V roce 2009 působilo v Německu 12 000 agentur domácí péče s celkem 269 000 zaměstnanci. Většina poskytovatelů pečovatelské služby jsou soukromé neziskové organizace založené církevními nebo charitativními skupinami. S cílem zvýšení kvality poskytované neformální péče je dvakrát ročně realizována prohlídka profesionálním pečovatelem, jejíž výsledek je hlášen fondu dlouhodobé péče.⁸³

5.3.5 Legislativní ukotvení

Problematika sociálních služeb je komplexně upravená v Sociálním zákoně (Sozialgesetzbuch (SGB)), jehož kniha IX obsahuje úpravu rehabilitace a integrace osob s postižením, kniha XI upravuje sociální pojištění péče. Legislativní ukotvení představuje záruku vysokých sociálních jistot, propojenost sociální a zdravotní péče a ochranu rodiny.

V Sociálním zákoně (kniha XI) jsou rovněž vymezené benefity v oblasti sociální péče. Jedná se o následující:

- Věcné dávky pro služby komunitní péče (§ 36 SCB xi),
- Finanční příspěvky při poskytování neformální péče (§ 37),
- Kombinace finančních a věcných dávek (§ 38),
- Respitní péče v domácnosti v průběhu dovolené nebo nemoci neformálních pečovatелů (§ 39),
- Zdravotnické vybavení a technická asistence (§ 40),
- Denní péče a noční péče (§ 41),
- Krátkodobá ústavní péče (§ 42),
- Péče na plný úvazek (§ 43),
- Dlouhodobé poskytování péče v institucích pro osoby se zdravotním postižením (§ 43a),
- Dávky sociálního zabezpečení pro neformální pečovatele (§ 44),
- Dávky pro pečovatele, kteří jsou na dlouhodobé dovolené (§ 44a),
- Školení pro rodinné pečovatele a dobrovolné pečovatele (§ 45),
- Další výhody pro fyzické osoby, jejichž způsobilost ke zvládnání každodenních aktivit je značně zhoršena (§ 45b), a
- Osobní rozpočet (§ 17 SCB ix);⁸⁴
- Další sociální dávky – např. sociální příspěvek, náklady na jízdné a náklady za doprovázející osobu.

Vybrané benefity jsou detailně popsány v následující kapitole.

⁸³ SCHOLKOPF, Martin. Long-term care insurance (LTCI) in Germany. Federal Ministry of Health, Germany. Presentation at the Conference „Managing Innovation and Reform in Healthcare“, University of Minnesota, Minneapolis. 2012. Str. 11.

⁸⁴ SCHULZ, Erika. *The Long-Term Care System in Germany (discussion paper)*. Srpen 2010. Dostupné z: http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.359024.de/dp1039.pdf

5.3.6 Benefity v rámci poskytování dlouhodobé péče

Závislé osoby a pečovatelé jsou v Německu podporováni prostřednictvím finančních příspěvků, hmotných dávek a dalších benefitů, např. ve formě zaměstnaneckých benefitů, daňových zvýhodnění, podpůrných služeb a konzultací. Všechny finanční benefity jsou zastropované nebo jsou poskytovány v paušální výši.

Finanční dávky

Příspěvek na péči se přiznává závislé osobě na základě posouzení potřeb ve stupních 0-3. Stupeň 0 je určen pro lidi se psychickou poruchou, postižením apod., kteří mají lékařský posudek na to, že v budoucnu budou potřebovat péči, ale v době posouzení nároku na příspěvek nedosáhly. Pojišťovna může rovněž uznat některé případy (např. demence) za obzvlášť závažné. Příspěvek na péči může být vyplácen v hotovosti nebo jako věcná dávka ve formě poskytnutí služby.

Příspěvek na péči je vyplácený na měsíční bázi ve výši:

- 0. stupeň – 120 € finanční příspěvek / 225 € při věcném plnění (úhrada využívaných ambulantních služeb);
- 1. stupeň – 235 € finanční příspěvek / 450 € při věcném plnění;
- 2. stupeň – 440 € finanční příspěvek / 1 100 € při věcném plnění;
- 3. stupeň – 700 € finanční příspěvek / 1 550 € při věcném plnění, resp. 1 918 € při věcném plnění v nejtěžších případech.⁸⁵

Přímá finanční podpora neformálních pečovatelů. Nárok na tento příspěvek má osoba, která poskytuje péči alespoň 14 hodin týdně a nepracuje víc než 30 hodin týdně.

Přechodový příspěvek je vyplácený z důchodového pojištění v případě, že opečovávaná osoba nemá nárok na příspěvek na péči a pečující osoba nemůže vykonávat pracovní činnost z důvodu poskytování péče nebo v případě, že osoba s postižením (omezená v méně než 2 běžných denních aktivitách) pečuje o nezaopatřené dítě.

Daňový odpočet je další nástroj podpory při péči o dítě. Pokud osoba dosáhne 18 let a její postižení je výrazně omezující, je pro daňové účely považována za dítě. Nárok lze uplatnit jednou ročně paušální částkou nebo ve výši skutečných nákladů. Nárok může být uplatněn i zpětně na již realizované výdaje.

Mezi další finanční benefity patří **příspěvek na důchodové pojištění pro pečující osoby.**

Podpora pečujících na trhu práce

S cílem podpory neformální péče byla v Německu zavedena řada benefitů zaměřených na podporu neformálních pečovatelů při poskytování péče umožňující setrvání v zaměstnání a zlepšení vnímání role pečujících osob mezi zaměstnavateli i napříč veřejností.

Klíčovými benefity pro neformální pečovatelé v této oblasti jsou:

- **Pečovatelská dovolená** – Neplacená dovolená po dobu maximální 6 měsíců trvání péče, pouze u zaměstnavatelů, kteří mají více než 15 zaměstnanců. V průběhu trvání dovolené je osobě hrazeno důchodové pojištění a pojištění v nezaměstnanosti.
- **Rodinná pečovatelská dovolená** – Dobrovolné opatření poskytované ze strany zaměstnavatelů. Po dobu 24 měsíců může zaměstnanec na základě smlouvy se zaměstnavatelem omezit rozsah práce na 15 hodin týdně. V průběhu trvání dovolené je plat snížen o polovinu odebrané pracovní doby (např. 50 % úvazek za 75 % platu), po návratu je mzda vrácena na původní výši po odpracování odpuštěných hodin.

⁸⁵ Elektronický zdroj: *Deutsche Sozialversicherung*. Dostupné z: http://www.deutsche-sozialversicherung.de/en/longterm_care/benefits.html



- **Náhradní péče** – v případě, že neformální pečovatel chce jít na dovolenou nebo onemocní, je zajištěn profesionální pečovatel po dobu 4 týdnů (do výše 1 470 EUR). Podmínkou je poskytování neformální péče minimálně po dobu 6 měsíců.
- **Důchodové příspěvky** za osoby poskytující péči více než 14 hodin týdně, které a jsou nezaměstnané nebo zaměstnané na částečný pracovní úvazek (maximálně 30 hodin týdně), hrazené z pojištění dlouhodobé péče.⁸⁶

Informovanost a vzdělávání

Podpora závislých a pečujících osob ze strany státu je rovněž poskytovaná formou zajišťování informovanosti o dostupných službách dlouhodobé péče a možnostech rehabilitace, např. prostřednictvím informačních stánků (Servicestellen). Pro pečovatele jsou organizovány kurzy pečování a mají nárok na individuální poradenství při poskytování péče. Výrazným benefitem je case management zaměřený na vytvoření individuálního plánu péče na základě vyhodnocení potřeb jednotlivce.

5.3.7 Zhodnocení silných a slabých stránek systému financování dlouhodobé péče v Německu

Tabulka 23: Silné a slabé stránky financování dlouhodobé péče v Německu

	
<ul style="list-style-type: none"> • Rozšíření zaměstnaneckých benefitů umožňujících setrvání v zaměstnání 	<ul style="list-style-type: none"> • Oslovení němečtí odborníci přes širokou škálu zaměstnaneckých benefitů považují za největší problém neformální péče synchronizaci pracovního života s pečováním o rodinného příslušníka. Z tohoto důvodu většina neformálních pečovatelů najímá domácí pomocníky nebo pečovatele, přičemž se v řadě případů jedná o nelegální zaměstnání.⁸⁷
<ul style="list-style-type: none"> • Mezi fondy dlouhodobé péče vládne konkurence ve výši plateb pojištění z důvodu, že každý fond je schopen vyjednat si jiné podmínky vzhledem k působnosti, velikosti či cílové skupině. Tlak na poskytovatele sociálních služeb ke snižování cen a zvyšování kvality poskytovaných služeb. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nedošlo k zamýšlenému „dofinancování“ sociálních služeb z vlastních prostředků – osoby čerpají služby pouze v rozsahu, který jim pokryje úhrada z pojištění dlouhodobé péče. Služby v hodnotě nad LTCI častokrát nečerpají z důvodu nutnosti úhrady z vlastních zdrojů. Podfinancování privátní části sociální péče v průběhu let narůstá. Zda uvedené vede k nedostatečné nebo horší kvalitě služeb poskytovaných např. ze strany rodiny, není známo.⁸⁸
<ul style="list-style-type: none"> • Systém má silné balanční mechanismy, i když je založen na principu Pay-As-You-Go⁸⁹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Poskytovateli péče jsou zejména soukromé organizace – soukromé osoby nebo nevládní organizace, které poskytují služby rovněž za účelem dosažení zisku. Vzhledem k regulaci výdajů na sociální služby vede tato situace ke snižování nákladů na straně poskytovatelů včetně mzdových nákladů. Důsledkem tohoto stavu je nedostatek profesionálních pracovníků v sociálních službách.
<ul style="list-style-type: none"> • Úprava pojistné sazby vzhledem k demografickému vývoji 	<ul style="list-style-type: none"> • Nedostatky v systému posuzování – nesrovnalosti je vidět v systému při posuzování člověka trpícího demencí s normálním fyzickým stavem, tato skupina osob není kvalifikována jako osoby vyžadující dlouhodobou péči.
<ul style="list-style-type: none"> • V současné době je systém pojištění na 	<ul style="list-style-type: none"> • Problémem systému pojištění dlouhodobé péče je výše

⁸⁶ GEYER, Johannes, KORFHAGE, Thorben. *Long-term Care Insurance and Carers' Labor Supply – a Structural Model*. 2014. Dostupné z: http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.489221.de/diw_sp0702.pdf

⁸⁷ SCHULZ, Erika. *The Long-Term Care System in Germany (discussion paper)*. Srpen 2010. Dostupné z: http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.359024.de/dp1039.pdf

⁸⁸ Informace poskytnuté ze strany Uwe Brucker, senior poradce pro Oddělení péče z Lékařské služby Centrálního Spolkového svazu zdravotních pojišťoven.

⁸⁹ GLECKMAN, Howard. *Long-term care financing reform: Lessons from the U.S. and abroad*. Únor 2010. http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Feb/1368_Gleckman_longterm_care_financing_reform_lessons_US_abroad.pdf, str. 6.



dlouhodobou péči přebytkový

odvodů z hrubé mzdy, která se upravuje každé 3 roky, ale plně nekoresponduje s měnícím se podílem populace přispívajícím do systému a počtem osob, kterým je pojištění vyplácené. Z toho titulu uvažují němečtí zákonodárci nad zavedením tzv. vyplácení mzdy v jisté procentuální výši zaměstnanci, když se rozhodne dobrovolně pečovat o rodinného příslušníka a zároveň se vzdá pracovního úvazku. Toto opatření by přispělo ke změně podílu ve prospěch přispívatelů.

- Dalším problémem je špatná koordinace mezi poskytovateli zdravotního pojištění a pojištění na dlouhodobou péči, kdy např. lidi po propuštění ze zdravotního zařízení čekají i několik týdnů na posouzení stupně závislosti.⁹⁰
- Systém je relativně složitý pro zavedení – existuje řada pojišťoven a fondů, poskytování služeb vyžaduje smluvní vztah mezi poskytovatelem a pojišťovnou atd.

5.3.8 Inspirace pro Českou republiku

- Podpora konkurence napříč poskytovateli profesionální péče (uzavírání dlouhodobých smluv s pojišťovnami) vedoucí k podpoře tržní cenotvorby a zvýšení kvality poskytovaných služeb.
- Kontrola kvality poskytované neformální péče – provádění revizních prohlídek 2x ročně.
- Na základě posouzení potřeb je vytvořena písemná zpráva obsahující vymezení potřebných služeb a intenzity péče včetně indikace, zde je možné péči poskytovat doma nebo je vyžadována institucionální péče.
- Poskytování zdravotnického vybavení.
- Opatření k prevenci vzniku potřeby péče – rehabilitace.
- Vyplácení přechodového příspěvku před přiznáním PnP.
- Zavedení dovolených z důvodu péče a institutu náhradní péče.

⁹⁰ HERBERMANN, Jan Dirk, MIRANDA, Débora. *Defusing the demographic "time-bomb" in Germany*. Bulletin of the World Health Organization. Zdroj dostupný z: <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/1/12-020112/en/>

5.4 Rakousko⁹¹

5.4.1 Základní popis systému financování dlouhodobé péče

Sociální zabezpečení, jehož součástí je dlouhodobá péče, je v Rakousku založeno na 3 významných pilířích, jimiž jsou **sociální pojištění** (financováno z odvodu z hrubé mzdy. Jeho součástí je úrazové, důchodové a nemocenské pojištění), **sociální ochrana** (odpovědnost státu za speciální skupiny obyvatel jako např. váleční veteráni nebo jinak dotčené skupiny; náklady spojené se zabezpečením těchto skupin jsou financovány z daňových výnosů) a **sociální asistence** (poskytuje záchrannou síť založenou na potřebách jednotlivců v případě, že pro ně byly jiné formy pomoci nedostupné nebo nedostatečné; přičemž využívá zdroje z lokálních daní na municipální úrovni).

Systém financování a poskytování sociálních služeb v Rakousku charakterizují následující atributy:

- **Model státní podpory** – vícezdrojové financování pochází primárně ze zdrojů vybraných na odvodech z hrubé mzdy, lokálních daní a všeobecných daní vybíraných na úrovni federální vlády.
- Základem systému jsou **finanční a hmotné dávky** poskytované na federální úrovni (do roku 2012 byly příspěvky na péči poskytované také municipalitami pro osoby mladší než 65 let). Smyslem finanční dávky (PnP) je umožnění pořízení péče a podpory podle svých potřeb.
- **Až 80 % osob, které potřebují péči, jsou opečovávány v domácím prostředí.** Tento výrazný podíl je výsledkem orientace Rakouska na podporu domácí péče, a to zejména ve formě finančních příspěvků napomáhajících pečovat o osobu doma po nejdelší možnou dobu, a také podporou rozvoje ambulantních služeb odpovídající potřebám neformálních pečovatелů.
- Na rozdíl od jiných analyzovaných států je **stěžejní dávkou právě finanční dávka** plynoucí z **Federálního zákona o příspěvku na péči (Bundespflegegeld – BPG)**. Dávku lze využít na zakoupení služeb institucionální péče, dalších služeb soukromých nebo veřejných poskytovatelů nebo na úhradu nákladů spojených s neformální péčí.
- Náklady na dlouhodobou péči jsou hrazeny prostřednictvím finančních příspěvků (Bundespflegegeld) a vlastních zdrojů (příjem, důchod, prodej majetku).
- Osoby platí za dlouhodobou péči ze zdrojů, které obdrží formou finančních příspěvků nebo jako věcnou dávku, z vlastních zdrojů (příjem, důchod, prodej majetku).
- Neformální péče je preferována i z důvodu nižší nákladnosti v porovnání s profesionální péčí.
- Hmotné dávky jsou poskytovány z prostředků **sociální asistence**.

⁹¹ Informace v této kapitole jsou primárně čerpané z výstupů výzkumného projektu ANCIEN – Assessing Needs of Care in European Nations: *The Supply of Informal Care in Europe; The Long-Term Care System for the Elderly* a poskytnuté ze strany oslovených institucí, není-li uveden jiný zdroj.

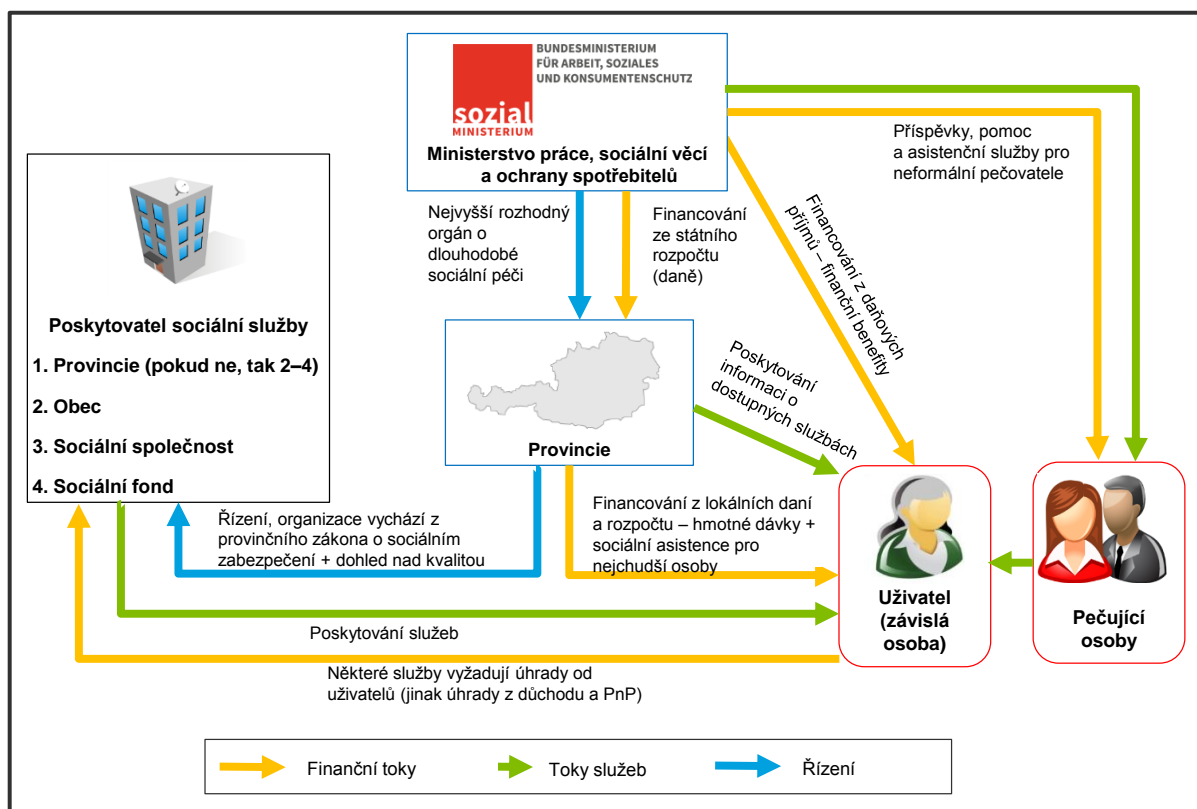
Následující tabulka shrnuje hlavní benefity pro příjemce i poskytovatele dlouhodobé péče (formální i neformální) v Rakousku:

Tabulka 24: Benefity pro příjemce a poskytovatele dlouhodobé péče

Benefity				
	Finanční	Nefinanční	Zaměstnanecké	Ostatní
Formální péče	✓ Příspěvek na péči	✓ Věcná dávka formou poskytnutí služby		✓ Mobilní služby
	✓ Sociální asistence	✓ Sociální asistence		✓ Ambulantní služby
Neformální péče	✓ Příspěvek na péči		✓ Pečovatelská dovolená	✓ Mobilní služby
	✓ Sociální pojištění pro pečující osoby (průběhové, dobrovolné a zdravotní)		✓ Rodinná dovolená, příp. rodinná dovolená na péči o osobu v hospici ⁹²	✓ Stacionáře (krátkodobá péče)
	✓ Příspěvek na respitní péči			✓ Odlehčovací služby
				✓ Case and care management

Na obrázku níže je schematicky zobrazen model financování sociální péče v Rakousku, který je následně detailně popsán.

Obrázek 3: Schéma organizace rakouského systému financování dlouhodobé péče



V následující tabulce jsou uvedeny základní informace o struktuře financování dlouhodobé péče v Rakousku.

⁹² Na rodinnou dovolenou poskytovanou osobě v hospici je právní nárok, na rodinnou dovolenou (mimo hospice) nikoliv.

Tabulka 25: Hlavní ukazatele financování dlouhodobé péče v Rakousku

Kategorie	Údaj	Rok	
Podíl výdajů na LTC (v % na HDP)	celkové výdaje	3,4 %	2010
	veřejné/soukromé zdroje	2,6 % / 0,8 %	2005
	domácí/institucionální	2,5 % / 0,9 %	2010
Výše odvodů zaměstnance ⁹³	% z hrubé mzdy	18,07 %	2014
Výše PnP měsíčně ⁹⁴	V € podle stupně závislosti	Stupeň 1 – €154,2 Stupeň 2 - €284,3 Stupeň 3 - €442,9 Stupeň 4 - €664,3 Stupeň 5 – €902,3 Stupeň 6 - €1 242,0 Stupeň 7 - €1 655,8	2015

5.4.2 Struktura příjemců dlouhodobé péče

Následující tabulka shrnuje základní informace o počtu obyvatel nad 65 a 80 let, počtu opečovávaných osob, příjemců příspěvku a neformálních pečovateli.

Tabulka 26: Počet příjemců dlouhodobé péče a neformálních pečovateli

Kategorie	Údaj	Rok	
Struktura populace v mil. osob (% z celkové populace) ⁹⁵	nad 65 let	1,48 mil. (17,6 %)	2010
	nad 80 let	0,4 mil. (4,8 %)	2010
Počet příjemců PnP	Příjemci BPG	454 350	2014
	Výdaje na BPG ⁹⁶	2,52 mld. €	2014
Počet neformálních pečovateli		823 000 (9,8 %)	2010
Počet opečovávaných osob	V domácí péči	n/a	
	V institucionální péči	66 000 (0,8 %)	2007

5.4.3 Popis systému financování dlouhodobé péče včetně popisu finančních toků

Federální rozpočet

Převážná většina veřejných výdajů na dlouhodobou péči pochází z odvodů zaměstnanců na sociální pojištění. Na financování dlouhodobé péče není vymezená žádná speciální daň/nebo pojištění jako je to například v Německu, proto je náročné stanovit, jak velký podíl ze sociálních odvodů je určen na financování. Pro vyplácení finančních příspěvků slouží sociální pojišťovny, u nichž osoby vyžadující péči podávají žádost. Existuje hlavní státní sociální pojišťovna Pensionversicherunganstalt pro důchodové pojištěnce. Na veřejné zaměstnance se zaměřuje pojišťovna BVA Pensionservice. Zdravotní pojištění hraje v rámci financování dlouhodobé péče pouze minimální roli z důvodu, že dlouhodobá péče je zaměřena primárně na pečování, nikoliv na léčení.

Sociální asistence

⁹³ PWC. *Social security systems around the globe*. Str. 17. Dostupné z: <https://www.pwc.com/gx/en/hr-management-services/pdf/social-security-country-profiles-march-2014.pdf>

⁹⁴ SOZIALMINISTERIUM. *Social protection in Austria*. Vienna, 2014. Dostupné z:

http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/6/3/CH2088/CMS1313745345149/social_protection_in_austria.pdf

⁹⁵ THE NETHERLANDS INSTITUTE FOR SOCIAL RESEARCH. *Who cares in Europe? a comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European countries* (study). The Hague, 2014

⁹⁶ Statistky zasláné na vyžádání ze Sozialministerium. Bez nákladů na administrativu.

Spolkové země jsou poskytovateli věcných dávek, neboť vystupují jako samotný poskytovatel služeb nebo nakupují sociální služby/zboží u jiných institucí (soukromých) prostřednictvím sociální asistence. Zdroje pro sociální asistenci pochází z velké části z daní vybraných do centrálního rozpočtu a z menší části z lokálních a regionálních daní. Sociální asistence (Sozialhilfe) nastupuje v situaci, kdy osoba nemá dostatečné zdroje k pokrytí nákladů na institucionální péči. Příjemce péče si v případě nedostatečných zdrojů může ponechat 20 % důchodu a 10 % příspěvku na péči na financování výdajů spojených s péčí (léky, procedury). Poskytovatel sociální asistence může následně vyžadovat refundaci poskytnuté asistence od potomků nebo partnerů příjemce asistence (nástroj Regress). Míra využití tohoto institutu se napříč spolkovými státy liší. Od roku 2009 se vztahuje možnost refundace pouze na zákonného partnera.

Nejméně 80 % ze všech institucionálních zařízení bylo financováno z prostředků sociální asistence. V roce 2006 příjmy poskytovatelů sociálních zařízení pocházely v 48 % případů ze sociální asistence, 43 % z plateb uživatelů včetně státního příspěvku na dlouhodobou péči a zbylých 9 % z majetku příjemce péče a úhrad příbuzných, Regressu a ostatních zdrojů.⁹⁷

Spolufinancování ze strany uživatelů

V roce 2005 dosáhly **soukromé výdaje na dlouhodobou péči 22,9 %** celkových výdajů na dlouhodobou péči. Posuzování příjmu a majetku při rozhodování o spolufinancování je v každé spolkové zemi založeno na jiných ukazatelích. Existují společné podmínky pro testování obou indikátorů. Pro testování příjmu je základem součet všech příjmů ze závislé činnosti, majetku a ze sociálních dávek podle podmínky kolik musí osobě zůstat jako „kapesné“ (viz kapitolu „Sociální asistence“). Testování majetku nese společné podmínky v některých oblastech, např. nemůže být zpeněžen objekt bydlení, položky potřebné pro výkon práce, pro intelektuální a kulturní vyžití, nemůže se prodat automobil, který slouží pro dopravu do práce nebo k lékaři a nemůže se sáhnout na úspory do výše 4 070 €. ⁹⁸ Průměrný náklad na hodinu domácí péče byl v rozpětí od 14,2 € do 42,6 € v závislosti na kvalifikaci profesionálního pečovatele.

Další zdroje financování

Sociální fond dlouhodobé péče byl založen v roce 2011 a je financován z federálních a lokálních daní. Účelem fondu je podporovat úhrady za pečovatelské služby, podporovat a zabezpečovat dostupnost a rozvoj potřebných služeb pro dlouhodobou péči. Disponibilní zdroje pro období 2011 – 2016 jsou alokovány ve výši 1,335 mld. € a hlavním cílem podpory jsou služby mobilního charakteru podporující péči v domácnosti. Jedná se o služby transportní, ambulantní krátkodobé péče (denní a noční stacionáře), odlehčovací služby a v neposledním řadě case and care management.

5.4.4 Strategické řízení

Odpovědnost za rozhodování a legislativní nastavení poskytování a financování sociálních služeb nese Ministerstvo práce, sociálních věcí a ochrany spotřebitele. Na federální úrovni probíhá rovněž poskytování a distribuce finančních příspěvků na dlouhodobou péči. Organizaci a řízení financování z federálního rozpočtu mají na starost sociální pojišťovny. V kompetenci municipalit ⁹⁹ je poskytování věcných dávek a zabezpečení poskytování sociálních služeb¹⁰⁰.

Poskytování sociálních služeb

Odpovědnost za poskytování sociálních služeb nesou spolkové země. V situaci, kdy spolková země není schopná zabezpečit některé služby, musí pověřit jinou organizaci jejich poskytováním v adekvátní kvalitě. Spolkový stát může přenést poskytování služeb na obce nebo na organizace s právní formou sociální organizace

⁹⁷ RIEDEL, Monika a KRAUS, Markus. *The Austrian long-term care system*. Institute for Advanced Studies. Vienna. 2010. Dostupné z: https://www.ihs.ac.at/publications/eco/recent_publications/het/ANCIEN_Country%20report_Austria.pdf. Str. 12.

⁹⁸ SOZIALMINISTERIUM. *Social protection in Austria*. Vienna. 2014. Dostupné z: http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/6/3/CH2088/CMS1313745345149/social_protection_in_austria.pdf

⁹⁹ Municipality v Rakousku zahrnují obce a města. Celkem je v Rakousku 2 100 municipalit, které jsou z převážné většiny sdružené v rakouském sdružení obcí (Österreichischen Gemeindebunde), případně svazu měst (Städtebund). (Elektronický zdroj: *Struktur der Gemeinden - Zahlen & Fakten*. Dostupné z: <http://gemeindebund.at/struktur-der-gemeinden>)

¹⁰⁰ Die článku 15a – decentralizované institucionální, ambulantní a domácí sociální služby.

(nezisková organizace) nebo sociální fond (zřízený spolkovým státem)¹⁰¹. Poskytovatelé jsou napříč spolkovými státy různí, každý spolkový stát má vlastní přístup k zajištění služeb. Důsledkem této situace je vysoká diferenciací nabídky služeb mezi spolkovými státy i uvnitř nich. Spolkové státy mají také povinnost poskytovat informace potenciálním uživatelům s cílem propojení poptávky s existujícími službami. Řízení a organizaci sociálních služeb ošetřuje 9 korespondujících provinčních zákonů (Zákony o sociální prosperitě), které upravují poskytování služeb formou věcných dávek. Kontrola kvality sociálních služeb je v gesci Ministerstva práce, sociálních věcí a ochrany spotřebitele, které vykoná ročně 20 000 návštěv. Kontrolu vykonávají profesionální pečovatelé a zaměřují se na informování, praktikování péče a kontrolu životních podmínek opečovávané osoby.

Základní cíle systému při rozvoji poskytování služeb jsou následující:

- Volný výběr poskytovatele služby
- Rozvoj domácí péče služeb na úkor institucionální péče
- Pečovatelské domovy by měly být malé, decentralizované a integrované do komunity (stanoveno v tzv. poptávkovém pláň (BEP))
- Rozvoj nových pečovatelských služeb musí být přizpůsoben snaze redukovat břemeno neformálních pečovatelů (denní péče, stacionáře a respitní péče) – individuálně stanovené v rozvojových plánech (Entwicklungspläne) spolkových států

Rakouský systém LTC rozlišuje mezi dvěma hlavními typy sociálních služeb:

- **Institucionální sociální služby** – Jsou poskytovány spolkovými státy a obcemi nebo církevními a neziskovými organizacemi. Tyto služby obvykle zahrnují rezidenční péči, pečovatelské domovy, denní a noční stacionáře.
- **Služby poskytované v domácím prostředí** – Domácí služby jsou poskytovány převážně neziskovými organizacemi (Charita, Hilfswerk, Diakonie - církevní neziskové organizace, Červený kříž a Volkshilfe). Tyto služby obvykle zahrnují domácí asistenci (praktická pomoc), domácích pečovatelů (ambulantní pomoc), mobilní terapeutické služby, rozvoz jídla, transportní služby, úklid domácnosti apod.

Posuzování potřeby

Hodnocení potřeby péče je založené na individuálních potřebách hodnoceného a na jeho požadavcích na osobní služby a asistenci. Hodnocení je založeno na profesionálním názoru lékaře, případně dalšího přizvaného odborníka (např. profesionální pečovatel). Vyšetření většinou probíhá v domácím prostředí, na žádost posuzované osoby se jej může účastnit i třetí osoba. Lékařská prohlídka, klasifikace a vyhodnocení způsobilosti pro vyplacení finančního příspěvku a jeho vyplacení je v kompetenci sociálních pojišťoven, které se specializují na důchodové a úrazové pojištění.

Rakouský systém rozlišuje 7 stupňů podle časové náročnosti na péči v průběhu 1 měsíce. 5. až 7. stupeň obsahuje dodatečně kritéria jako imobilita a náročnost péče¹⁰². Stupeň závislosti je rozhodující nejenom pro určení výše příspěvku, ale také pro způsobilost pro využívání ostatních benefitů a služeb, jako např. institucionálních a pečovatelských služeb (příjemce institucionální péče musí splňovat minimálně 4. stupeň).

5.4.5 Legislativní ukotvení

Nejvýznamnější legislativní akt je **Zákon o příspěvku na péči (Bundespflegegeld gesetz – BPGG)** schválen 1. června 1993, ve kterém federální vláda garantovala financování z a daní, a spolkové země musely přizpůsobit regulaci poskytování příspěvku na dlouhodobou péči novým standardům.

Podle zákona o příspěvku na péči bylo vydáno **Nařízení o stupních příspěvku na péči (Einstufungsverordnung)**, které popisuje přístup k posouzení stupně závislosti a stanovuje výšku finančního příspěvku k jednotlivým stupněm vyplývajících ze zákona (BPGG).

¹⁰¹ Vlastní sociální fond zřízený spolkovým státem funguje pouze ve Vídni.

¹⁰² Časová dotace pro 5. – 7. stupeň je stejná.

Sdružení Rakouských sociálních/zdravotních pojišťoven (Hauptverband der Sozialversicherungsträger) určuje národní směrnice pro hodnocení potřeby péče a každoročně aktualizuje směrnice k zajištění jednotnosti interpretace standardů napříč zákony od různých zainteresovaných institucí.

Posledním významným legislativním úkonem je **Článek 15a BVG**, dohoda z roku 1993 (Federální ústavní zákon na společné opatření federální vlády a spolkového státu), jehož schválením vznikla povinnost pro spolkové státy poskytovat decentralizované služby a vytvořit **poptávkové (Bedarfspläne – BEP) a rozvojové plány (Entwicklungspläne)** pro sociální služby vzhledem ke geografickému pokrytí a dodržování minimálních standardů.

5.4.6 Benefity v rámci poskytování dlouhodobé péče

Finanční dávky

Finanční benefity poskytované v Rakousku nepodléhají zdanění a mají stejnou hodnotu jako poskytnuté věcné dávky.

Příspěvek na péči má za cíl pokrýt extra náklady spojené s nákupem péče. Je přidělován v pevně stanovené výši pro jednotlivé stupně a je orientován směrem k potřebám závislé osoby vést nezávislý život. Finanční příspěvky, které osoby obdrží, jsou přidělovány ve stejné výši bez ohledu na věk, potřebnost péče a volbu prostředí poskytování péče.

Tabulka níže zobrazuje stupně, od nichž se odvíjí výše příspěvku v rozdělení podle potřebného času péče a speciálních potřeb při pečování o osobu v nejtěžších stupních. Je určen pro každého občana Rakouska, který splní podmínky a za jistých okolností i rakouskému rezidentu žijícímu v zahraničí.

Tabulka 27: Stupně závislosti v Rakousku

Stupeň	Časová náročnost	Speciální znaky	Výše PnP (v €/měsíčně)
1	více než 65 hodin měsíčně	Žádné	154,2
2	více než 90 hodin měsíčně	Žádné	284,3
3	více než 120 hodin měsíčně	Žádné	442,9
4	více než 160 hodin měsíčně	Žádné	664,3
5	více než 180 hodin měsíčně	Potřeba vysoké úrovně péče	902,3
6	více než 180 hodin měsíčně	Neustála přítomnost, nemožnost úplného plánování péče, ve dne i v noci, riziko pro opečovávanou osobu pokud zůstane bez pomoci pečovatele	1260,0
7	více než 180 hodin měsíčně	Osoby v nejhorším zdravotním stavu, bez možnosti plánování péče	1655,8

Existují také **příspěvky spojené s komplikacemi s péčí** o osoby do 15 let a nad 15 let trpící demencí:

- v případě osob do 15 let s postižením je poskytován příspěvek ve výši 50 hodin měsíčně (do 7 let) a 75 hodin měsíčně (do 15 let)
- v případě osob starších než 15 let trpících demencí mají nárok na příspěvek v hodnotě 25 hodin měsíčně

Výše stupně závislosti určuje u osoby nárok na ostatní formy benefitů, zejména u služeb institucionální pečovatelské služby vzhledem k omezené nabídce míst v rezidenčních službách. K zajištění nároku na pobytovou službu musí být osoba ohodnocena alespoň 4. stupněm závislosti.

Sociální pojištění pro pečující osoby – mnohým neformálním pečovatelům neumožňuje pečování o blízké osoby vykonávat pracovní činnost, čímž nepřispívají do systému sociálního zabezpečení, a proto mají následující možnosti pro důchodové pojištění.

- **Pokračující penzijní pojištění pro pečující osoby** – podmínkou je, že opečovávaná osoba má minimálně 3. stupeň závislosti, pečovatel nemůže pracovat ani v omezeném rozsahu a předtím pracoval a přispíval do důchodového pojištění po stanovenou dobu. Celkové náklady na pojištění hradí federální vláda.
- **Dobrovolné pojištění pro pečovatele** – podmínky jsou podobné jako v předchozí možnosti, ale pečovatel může částečně vykonávat práci a musí být rakouským rezidentem.

Zdravotní pojištění – federální vláda hradí zdravotní pojištění osobám v alespoň 3. stupni závislosti, nebo osobám, které pečují o osoby v minimálně 3. stupni závislosti a péči věnují většinu své pracovní kapacity¹⁰³.

Podpora pečujících na trhu práce

Pečovatelská dovolená je poskytována ve dvou formách, a to v úplné formě (bez nároku na mzdu) a ve formě zkráceného úvazku se mzdou vyplácenou poměrově. Existuje také ve variantě, kdy se nejedná o péči o závislou osobu, ale už o osobu v terminálním stádiu života, kterou si může pečovatel vzít na maximálně 6 měsíců. Osoby na pečovatelské dovolené mají nárok na příspěvek ve výši 55 % z hrubé mzdy, což je výše podpory v nezaměstnanosti. Na podporu má osoba nárok pokud potvrdí, že se dohodla se zaměstnavatelem, pokud je na rodinná dovolená na péči o osobu v hospici ((Familienhospizkarenz) ¹⁰⁴ nebo se odhlásila z úřadu práce. Pro osobu v hospici může pečovatel pobírat příspěvek po celou dobu trvání potřeby, pro běžnou péči o závislou osobu maximálně 12 měsíců (nejčastěji ale pouze 3 nebo 6 měsíců).

Podpora pro pečující osoby (náhradní péče) je přiznaná v případech, kdy pečující osoba nemůže vykonávat péči o osobu, o kterou pečuje denně, např. z důvodu nemoci nebo i dovolené. Osobě je poskytnut příspěvek na zaplacení profesionálního pečovatele po dobu nemožnosti péče. Podle článku 21a BPGG mají na příspěvek nárok pouze neformální pečovatelé pečující o osobu s 3. stupněm závislosti po dobu minimálně jednoho roku anebo o osobu neproletou nebo osobu s prokázanou demencí v 1. stupni závislosti po dobu jednoho roku.

24 hodinová péče je financována z Podpůrného fondu pro osoby s postižením a orientuje se na pomoc osobám potřebujícím péči nebo podporu rodinným příslušníkům. Dotace od Ministerstva může být poskytnuta až do výše 1 110 €, pokud si příjemce na péči najímá profesionálního pečovatele, nebo až 550 € v případě smlouvy s neformálním pečovatelem. Pečovatelé musejí předkládat potvrzení o ukončení teoretického kurzu pečování nebo potvrdit, že již byli v minulosti příjemci dotace. Maximální výše příjmu (bez sociálních příspěvků) pro příjemce dotace je 2 500 € za měsíc, s každým nezaopatřeným členem rodiny narůstá o 400 €, případně o 600 € v případě nezaopatřeného člena rodiny s postižením.

Informovanost a vzdělávání



Informační služba je poskytována ze strany Ministerstva, prostřednictvím internetových stránek a nonstop telefonní linky.

¹⁰³ Informace poskytnuté na vyžádání ze strany Mag. Roberta Haslachera z rakouského Spolkového ministerstva práce, sociální ochrany a ochrany zákazníků.

¹⁰⁴ Péče v hospici je zpravidla péče o terminálně nemocného člověka.

5.4.7 Zhodnocení silných a slabých stránek systému financování dlouhodobé péče v Rakousku

Tabulka 28: Silné a slabé stránky financování dlouhodobé péče v Rakousku

	
<ul style="list-style-type: none">• Silná podpora neformálních pečovatелů přes příspěvek na péči, asistivní služby a různé finanční příspěvky	<ul style="list-style-type: none">• Velká různorodost napříč spolkovými státy ve struktuře poskytovaných sociálních služeb, různá forma poskytování, různé organizační autority
<ul style="list-style-type: none">• 80 % příjemců dávek jsou neformální pečující	<ul style="list-style-type: none">• Systém začíná být nákladný v momentě, kdy rozdíl, který vzniká mezi cenou sociální služby a čistým příjmem uživatele, je doplacen v rámci sociální asistence municipalitou.
<ul style="list-style-type: none">• Stát hradí neformálním pečovatелům důchodové pojištění, popřípadě i zdravotní pojištění	<ul style="list-style-type: none">• Nízká konkurence mezi poskytovateli sociálních služeb
<ul style="list-style-type: none">• Byl zřízen sociální fond dlouhodobé péče zaměřený na řešení systémových projektů vedoucích k optimalizaci dlouhodobé péče	

Inspirace pro ČR

- ČR je jedna z mála zemí založených na pojistném systému, jehož příjmy plynou do státního rozpočtu. ČSSZ neplní všechny funkce sociální pojišťovny jako v rakouském nebo německém systému, zajišťuje zejména činnosti spojené s redistribucí prostředků. Existence více sociálních pojišťoven pro různé skupiny zaměstnanců vedoucí k podpoře tržních principů může být také inspirativní.
- Systém je lehce uplatnitelný v prostředí ČR, případná reforma systému rakouským modelem by neznamena vysoké zásahy do současného nastavení ani vysoké náklady na implementaci.
- Posuzování žadatelů o PnP rozděleno na více než 4 stupně, průběh posuzování a celková návaznost definice neformálního pečovatele a opečovávané osoby na stupňování závislosti. Při posouzení se rozlišuje také psychický stav závislé osoby (demence), věk osoby (do 7 let, do 15 let).
- Úhrada důchodového pojištění během výkonu role neformálního pečovatele.
- Zřízení sociálního fond dlouhodobé péče zaměřeného na řešení systémových projektů vedoucích k optimalizaci dlouhodobé péče.

5.5 Nizozemsko¹⁰⁵

5.5.1 Základní popis systému financování dlouhodobé péče

Systém financování a poskytování sociálních služeb v Nizozemí charakterizují následující atributy:

- Systém sociálního zabezpečení je založen na **modelu podpory státem** a financován z více zdrojů např. skrz odvody z hrubé mzdy do pojistného schématu, z lokálních daní, z vládního fondu a z úhrad od uživatelů
- Ministerstvo mládeže, prosperity a sportu je hlavní řídicí autoritou, která nastavuje legislativu a rozhoduje o organizaci a řízení systému.
- Financování dlouhodobé péče v Nizozemí je organizováno **zákonem o mimořádných zdravotních výdajích (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten – AWBZ)**. AWBZ je zdravotnický zákon, který upravuje a reguluje fungování veřejné pojistné struktury určené pro speciální výdaje na péči při zdravotních problémech způsobených věkem nebo postižením.
- Druhý významný zákon zajišťující sociální zabezpečení pro závislé osoby je **Zákon o sociální podpoře (Wet Aaatschappelijke Ondersteuning – WMO)**, který reguluje municipality při poskytování domácí péče a sociální podpory. Systém je financován z nepřímých lokálních daní a z Obecného fondu (státní rozpočet).
- AWBZ je implementováno **Regionálními agenturami (Zorgkantoren)**, na které tuto povinnost přenesly zdravotní pojišťovny. Jejich úkolem je ze stanoveného rozpočtu nakupovat sociální služby a péči pro koncové uživatele.
- **Osobní rozpočet (Persoongebonden budget – PGB)** je finanční dávka, kterou příjemce obdrží přímo z pojistného schématu AWBZ, aby je sám utratil za pečovatelské služby, které potřebuje.
- Od 1. ledna 2015 začala platit **nová pravidla** pro systém pojištění dlouhodobé péče AWBZ a WMO. Základní konstrukce systému se nezměnila, ale došlo k **přesunu a vyloučení některých oblastí financování** na jiné fondy nebo na nižší úroveň. Rok 2015 je tranzitním obdobím pro postupný náběh všech reformovaných oblastí.

Následující tabulka shrnuje hlavní benefity pro příjemce i poskytovatele dlouhodobé péče (formální i neformální) v Nizozemsku:

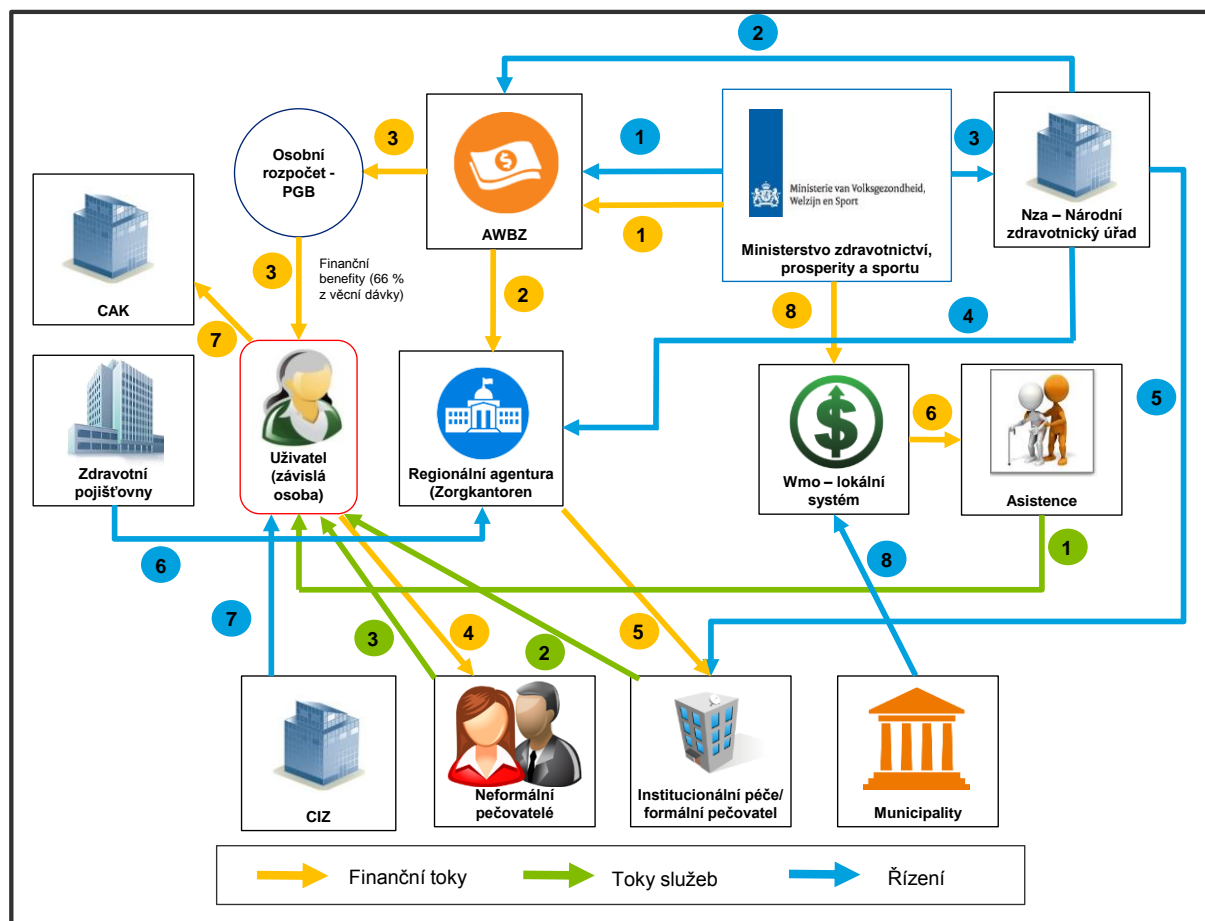
Tabulka 29: Benefity pro příjemce a poskytovatele dlouhodobé péče

Benefity				
	Finanční	Nefinanční	Zaměstnanecké	Ostatní
Formální péče	✓ Finanční dávka (asistence, pečovatelská služba, zdravotní léčba a institucionální péče)	✓ Příspěvek na péči formou věcné dávky		✓ Rozvoz jídla (Meals on wheels) ✓ Transportní služba
Neformální péče	✓ Finanční dávka (osobní rozpočet) ✓ Roční podporní dávka pro neformálního pečovatele	✓ Sociální asistent	✓ Pečovatelská dovolená	✓ Informace a poradenství ✓ Respitní služba ✓ Přizpůsobení domácnosti ✓ Daňový odpočet

¹⁰⁵ Informace v této kapitole jsou primárně čerpané z výstupů výzkumného projektu ANCIEN – Assessing Needs of Care in European Nations: *The Supply of Informal Care in Europe; The Long-Term Care System for the Elderly* a poskytnuté ze strany oslovených institucí, není-li uveden jiný zdroj.

Na obrázku níže je schematicky zobrazen model financování sociální péče v Nizozemsku, který je následně detailně popsán.

Obrázek 4: Schéma organizace nizozemského systému financování dlouhodobé péče



Řízení	Financování	Služby
1 Rozhodovací autorita a nastavování legislativy	1 Příjem rozpočtu z hrubé mzdy	1 Poskytování asistenčních služeb
2 Stanovuje rozpočet pro Zorgkantoren	2 Finance na nákup služeb a zboží	2 Poskytování profesionální péče
3 Definuje rozsah pravomocí	3 Finanční dávky určené pro osobní „kapesné“	3 Poskytování neformální péče
4 Stanovuje rozpočet z AWBZ	4 Úhrada nákladů neformálních pečovatelů	
5 Kontrola vykazování nákladů	5 Nákup profesionální péče	
6 Založení a řízení regionálních Zorgkantoren	6 Nákup asistenčních služeb pro osoby žijící v domácnosti	
7 Posouzení potřeby péče	7 Výběr úhrad za poskytnuté služby	
8 WMO je v kompetenci WMO (řízení, financování, poskytování služeb)	8 Financování z obecního fondu a nepřímých daní	

Tabulka níže shrnuje hlavní ukazatele popisující výše uvedený model financování dlouhodobé péče v Nizozemsku z hlediska struktury financování:

Tabulka 30: Hlavní ukazatele financování dlouhodobé péče v Nizozemsku

Kategorie	Údaj	Rok	
Celkové výdaje na dlouhodobou péči (v % na HDP)	celkové výdaje	36 mld. € (4,8 % celkově)	2014
	veřejné/soukromé zdroje	4,5 % / 0,3 %	2014
	domácí/institucionální	2,2 %/2,6 %	2010
Struktura výdajů na dlouhodobou péči ¹⁰⁶	AWBZ celkem	29 mld. €	2014
	Z toho:	Údaj	Podíl
	Výdaje na dlouhodobou péči	19 mld. €	52,8 %
	WMO – sociální asistence	3 mld. €	8,3 %
	ZVW – zdravotní pojištění	4 mld. €	11,1 %
	Výdaje na mladší osoby	1 mld. €	2,8 %
	Ostatní výdaje	1,4 mld. €	4,0 %
	Vlastní úhrady od uživatelů	2,6 mld. €	7,2 %
	WMO – samostatně	5 mld. €	13,8 %
	Výše odvodů zaměstnance ¹⁰⁷	% z hrubé mzdy	9,65 %
Výše finančního příspěvku	V € podle stupně závislosti	n/a	2015

5.5.2 Struktura příjemců dlouhodobé péče

Následující tabulka shrnuje základní informace o počtu obyvatel nad 65 a 80 let, počtu opečovávaných osob, a neformálních pečovateli.

Tabulka 31: Počet příjemců dlouhodobé péče a neformálních pečovateli

Kategorie	Údaj	Rok	
Struktura populace v mil. osob (% z celkové populace)	nad 65 let ¹⁰⁸	2,8 mil. (16,6 %)	2014
	nad 80 let ¹⁰⁹	0,67 mil. (4,0 %)	2010
Počet opečovávaných osob ¹¹⁰	V domácí péči (WMO 320 000)	650 000 (3,9 %)	2014
	V institucionální péči	250 000 (1,5 %)	2014
Počet neformálních pečovateli (% z celkové populace) ¹¹¹	Celkem	2,6 mil (15,5 %)	2014

¹⁰⁶ Zdroj: VWS a p. R. M.C. (René) Prijkkel MA z nizozemského Ministerstva zdravotnictví, prosperity a sportu; odboru dlouhodobé péče.

¹⁰⁷ Sociální odvody v Nizozemsku. Dostupné z: <http://www.tax-consultants-international.com/read/dutch-tax-rates-2015--individuals?submenu=4772&sublist=3275&subsublist=3300>

¹⁰⁸ THE WORLD BANK. Population ages 65 and above. Dostupné z: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS/countries/1W?display=default>

¹⁰⁹ THE NETHERLANDS INSTITUTE FOR SOCIAL RESEARCH. *Who cares in Europe: a comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European countries* (study). The Hague, 2014

¹¹⁰ MOT, Esther. *The Dutch system of long-term care*. CPB. The Hague. 2010. Dostupné z: <http://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/dutch-system-long-term-care.pdf>

¹¹¹ OECD: *Netherlands. Long-term care*. Květen, 2011. Dostupné z: <http://www.oecd.org/netherlands/47877903.pdf>

5.5.3 Popis systému financování dlouhodobé péče včetně popisu finančních toků

Pojistné schéma AWBZ

Všechny osoby žijící v Nizozemsku jsou pojištěné v systému upraveném **Zákonem o mimořádných výdajích na léčení (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten – AWBZ)**, což je veřejné pojištění zaměřené na krytí nákladů spojených s péčí, při kterých by soukromé pojišťovny neměly dosažitelné zdroje na financování jednotlivých případů. Vznik systému pojištění dlouhodobé péče se datuje zpátky do roku 1968 a je považován za první pojistný systém svého druhu v zemích OECD. Centrální pojistné schéma je financováno z odvodů zaměstnanců ve výši 9,65 % hrubé mzdy, z daní a v omezené míře z úhrad uživatelů.

Systém prošel v roce 2014 reformou, s účinností od 1. ledna 2015. Reforma spočívá zejména v decentralizaci kompetencí na municipality (přesun péče o postižené děti a domácí asistence z regionálních agentur na municipality) a snížení výdajů na rehabilitační péči přesunutím ze systému AWBZ do kompetence zdravotního pojištění.¹¹²

AWBZ pokrývá finančními zdroji primárně osoby s vyšším stupněm závislosti nebo dlouhodobě nemocné. Do skupiny těchto osob patří důchodci, chronicky nemocní lidé (psychicky i fyzicky) a dlouhodobě duševně nemocné osoby. Prakticky všechny služby dlouhodobé péče jsou **závislé na příjmu** a existuje v nich **sdílení nákladů** ze strany opečovávané osoby, včetně institucionální péče, kde si ubytovaná osoba musí hradit **náklady na stravu a ubytování. AWBZ kryje široký balíček služeb od osobní péče, přes pečovatelskou službu, asistenci, léčbu až po pobyt v instituci.** V podstatě je okruh služeb hrazených ze zdrojů AWBZ zaměřen na péči, prevenci a integraci, napomáhání s organizací domácnosti a úřední administrace a začleňování osoby do společnosti. AWBZ poskytuje finanční dávku ve formě osobního rozpočtu na výdaje spojené s léčbou a péčí. V jiných zemích se potvrdilo, že soukromé spoření tyto náklady nepokryje.

Při každé změně vlády se vypracovávají nové projekce vývoje počtu osob závislých na péči, aby se docílilo lepšího plánování rozpočtu AWBZ a aby se předcházelo případným zásahům do financování AWBZ. Pokud existuje hrozba, že v daném roce nebudou zdroje určené pro státní pojištění dostatečné, použijí se nástroje ve formě vyšších plateb od příjemců péče, snížení pokrytí služeb nebo menších paušálních plateb pro poskytovatele. Ministerstvo může požádat o navýšení rozpočtu, pokud použití nástrojů vede k znevýhodnění, právě proto se většinou rozpočet drží v mezích schválených vládou.

Až 75 % osob využívajících benefity z pojištění AWBZ jsou osoby starší než 65 let a zbytek připadá na zdravotně a mentálně hendikepované osoby. Služby pro dospělé jsou ve většině případů financovány prostřednictvím **úhrad uživatelů** na základě centrálně stanovené **maximální výše měsíčních nákladů pro uživatele v závislosti od výše příjmu.**

WMO¹¹³

Sociální služby poskytované samosprávami (služby sociální podpory a preventivní služby) jsou hrazené z **prostředků centrálního vládního blokového grantu, z tzv. municipálního fondu, částečně pomocí lokálních daní** a prostřednictvím extenzivního **samosprávného schématu uživatelských poplatků** (zejména pro praktickou asistenci v domácnosti). Pomoc s chodem domácnosti (praktická pomoc) a celková pomoc v domácnosti (asistence a péče) byly také přesunuty na samosprávy. Všechny zmiňované služby jsou upravené **Zákonem o sociální podpoře (Wet Maatschappelijke Ondersteuning – WMO)**, který reguluje sociální služby a je v plné kompetenci municipalit. WMO není pojistné schéma a obsahuje pouze poskytování sociálních služeb hlavně pro neformální pečovatele a pro osoby s nižším stupněm závislosti. Rozsah služeb a nárok na poskytnutí služby závisí primárně na dostupných zdrojích, které lokální rady obdrží formou neurčeného rozpočtu. To jim dává finanční podněty k efektivnější organizaci domácí pomoci. V situaci, kdy dochází k funkčnímu omezení poskytování pomoci, jsou obce povinné kompenzovat osoby, které byly omezením dotčeny (způsob kompenzace v kompetenci obcí (např. v dalším roce mohou poskytovat služby za snížený poplatek)). Určený rozsah pomoci musí být zaručen, pokud k tomu lokální rada přistoupí – chod domácnosti, pohyb v bytě a jeho okolí, pohyb v širším okolí dopravním prostředkem a pomoc při sociální interakci. WMO má jinou filozofii než AWBZ v přístupu k výběru poskytovatele péče. Občané jsou zodpovědní za nákup sociální asistence, protože se zdroji nakládají

¹¹² SCHUT, Erik et al. *Health care reform and long-term care in Netherlands*. OECD. Leden 2013.

¹¹³ LEYDEN ACADEMY. *Coordination of Health Care Services in Netherlands*. Leiden, 2012.

jako neformální pečovatelé nebo provozují nákup služeb na soukromém trhu. Pokud jim zdroje nedostačují na pokrytí nákladů na služby, může jim obec poskytnout dodatečnou pomoc, ale obvykle probíhá sdílení nákladů mezi AWBZ a WMO, čímž se uhradí množství nadbytečných výdajů.

Seznam služeb, které poskytuje WMO na decentralizované úrovni:

- domácí práce,
- zdravotní pomoc,
- přizpůsobení domácnosti,
- služby pro neformální pečovatele,
- transportní služby,
- respitní služby.

Municipality mají svobodu v organizování asistivních služeb, a proto dochází k velké regionální disproporcii v nabídce služeb mezi jednotlivými oblastmi.

Spolufinancování ze strany uživatelů

Z celkových výdajů na dlouhodobou péči pokrývají úhrady od uživatelů až 7,2 % výdajů. Uživatelé, kteří využívají služby dlouhodobé péče, platí jistou část z vlastních zdrojů a výška platby závisí na objemu péče, který vyžadují, jejich příjmu, množství potřebných pomůcek a věku. Úhrady uživatelů pokrývají většinu služeb pro dospělé, přičemž je stanovena maximální výše nákladů uživatele v závislosti na příjmu. Ceny jsou regulované, maximální cena domácí péče je 12,6 € za hodinu a cena institucionální léčby je 1800 € na měsíc. Neprovádí se testování majetku uživatele a úhrady se vztahují pouze na ubytování, stravu a nadstandardní služby. Služby pro děti a mládež (Youth care act) jsou financované kombinací zdrojů, a to centrálními vládními granty regionům, z prostředků pojistného schématu AWBZ, z prostředků zdravotního pojištění a ze zdrojů samosprávních rozpočtů určených na řešení preventivních úkolů.

Z 2,6 mil. neformálních pečovatelů má 71 % placenou práci na nějakou formu úvazku. Spolufinancování roste s příjmem, proto spadá většina uživatelů systému do nízkopříjmové kategorie. Poplatky za využívání služeb vybírá Centrální administrativní úřad (CAK), který je následně distribuuje do AWBZ (Regionálních agentur) nebo municipalitám.

5.5.4 Strategické řízení – instituce zapojené do financování sociálních služeb

Řízení sociálních služeb

Rozhodující autoritou je **Ministerstvo zdravotnictví, prosperity a sportu (Ministerie van Volksgezondheit, Welzijn en Sport – VWS)** jehož úkolem je primárně nastavení pravidel pro fungování systému. Odpovědnost za zajišťování sociálních služeb je rozdělena mezi více institucí zejména v závislosti na typu poskytovaných služeb.

Národní zdravotnický úřad (Nederlandse Zorgautoriteit – NZA) je nezávislý kontrolní orgán založený VWS a v jeho kompetenci je rozhodovat o rozpočtu pro jednotlivé regiony (regionální zdravotnické úřady). Nastavuje tarify pro vyplacení dávek příjemcům a poskytovatelům sociálních služeb a kontroluje účtování výdajů (kontrola nákladovosti) poskytovatelům péče.

Za služby sociální podpory a preventivní služby nesou odpovědnost samosprávy, dlouhodobá péče spadá do kompetence vlády (NZA) a zdravotních pojišťoven, přičemž posuzování potřeb provádějí vládní centra (Centrum Indicatiestelling Zorg – CIZ) a poskytování služeb zajišťují samostatně řízené zdravotní instituce. Sociální služby v Nizozemí jsou **poskytovány** převážně **soukromými poskytovateli**. Velká část služeb, které jsou v jiných zemích považované za sociální služby, spadá v Nizozemí do kategorie zdravotních služeb.

K neefektivnímu nákupu služeb sociální péče dochází kvůli tomu, že AWBZ mělo být primárně implementováno zdravotními pojišťovnami. Ty však tuto povinnost delegovaly na **Regionální agentury (Zorgkantoren)**, které nemají vlastní rozpočet (stanoven NZA) a proto nenesou finanční riziko a nemají žádnou motivaci vyjednat lepší ceny. Existuje jich 32 a vyjednávají ceny při nákupu institucionální péče a profesionálních pečovatelských služeb. Ceny, za které nakupují služby, jsou blízko maximální regulované ceně. Toto riziko nemají samosprávy při

nákupu služeb, a proto je částečná decentralizace z roku 2015 považovaná za krok směrem k nákladové efektivitě – **prioritizace nákupu služeb na úrovni municipalit.**

Tato opatření v rámci zabezpečení co nejlepších možných podmínek směřovala k možnosti výběru poskytovatele sociálních služeb a tím pádem k zvýšené informovanosti. Do budoucna se počítá s úplným zrušením Regionálních agentur nebo jejich přechodem na odměňovací systém, který bude fungovat na principu odměn za úspory a efektivní nákupy. Municipality ušetřily od provedení decentralizace miliardy eur a systém se stal dokonce přebytkovým díky úhradám od uživatelů (financování ostatních výdajů municipalit). Až 40 % uživatelů tvrdilo, že kvalita služeb šla po decentralizaci níž, ale celkové hodnocení služeb setrvalo na úrovni 8 z 10, takže tato souvislost je diskutabilní.¹¹⁴

Posuzování potřeby

Žadosti o posouzení závislosti se podávají na **Centrum pro hodnocení péče (Centrum Indicatiestelling Zorg – CIZ)**, kde probíhá hodnocení potřeby a rozsahu péče a podání může uskutečnit jak osoba vyžadující péči, tak rodinný příslušník nebo osoba blízka. Pokud je u osoby identifikován fyzický nebo psychický handicap (omezení) nebo psychická (intelektuální) nezpůsobilost, stanovuje, kolik péče osoba potřebuje (časově), a na základě toho je přidělen potenciální okruh služeb, které může využít. Výsledek hodnocení se zasílá zdravotnímu úředníkovi do zdravotní pojišťovny (regionální agentury) na schválení nároku na podporu z AWZB. CIZ je pověřený vládou posuzovat způsobilost pacienta podle situace, potřeb a schopnosti neformálního pečovatele poskytnout mu pomoc. Rozhodnutí je poté zasláno zdravotnímu úředníkovi zaměstnanému v Regionální agentuře.

Poskytování sociálních služeb

Všichni poskytovatelé v Nizozemí jsou soukromí (neziskoví nebo ziskoví), proto se vláda snaží přenést některé kompetence na co nejnižší úroveň, aby lokální autority nakupovaly služby efektivněji. Poskytovatelé sociálních služeb financovaných z AWZB musí mít nezávislou dozorčí radu. Institucionální poskytovatelé nesmí vytvářet zisk, na rozdíl od pečovatelských agentur. Věcné dávky se poskytují nejprve tím, že Regionální agentura nakupuje služby u soukromých poskytovatelů. Jelikož jde o veřejný zdroj poskytnutý na účet soukromého poskytovatele sociálních služeb, jsou tyto nákupy služeb kontrolovány nezávislým inspektorátem.

Existují 2 státní instituce, které kontrolují dodržování kvality a státních požadavků: **Zdravotní inspektorát (Inspectie voor de Gezondheidszorg – IGZ)** – klade důraz primárně na institucionální a profesionálních pečovatelů a **Národní zdravotnický úřad (Nederlandse Zorgautoriteit – NZA)** – monitoruje fungování části poskytovatelů dotčených deregulací (LTC mimo institucí a neformální pečovatele).

V Nizozemsku je role institucionální péče stále velice důležitá a její značné užívání přetrvává z důvodu výrazné podpory v minulosti. V současnosti nastává přechod k podpoře neformální péče v zájmu konsolidace výdajů na dlouhodobou péči. Pro porovnání nákladového rozdílu mezi institucionální a domácí péčí uvádíme, že náklad na roční pobyt v institucionální péči je v rozpětí 50 000 až 60 000 € na jednu osobu, přičemž náklad na péči v domácnosti je pouze čtvrtinový ve výši 10 000 až 15 000 €. ¹¹⁵

5.5.5 Legislativní ukotvení

V Nizozemsku oblast péče upravuje legislativa centrální a místní samosprávy. Jedná se o zákony, nařízení a vlastní sociální politiku vlády v oblasti zdravotní péče, domácí péče a zřizování sociálních zařízení. Holandský systém zdravotní péče je fragmentován a přísně regulován. Za legislativu a kvalitu péče je odpovědná holandská vláda. Existuje několik dalších zákonů, které se týkají pečovatelských dovedností, kvalitativní úrovně služeb a úrovně vzdělání. Zákon o profesním vzdělání a vzdělání dospělých upravuje kvalifikaci pečovatelů a ošetřovatelů. Zákon o výkonu zdravotnických povolání garantuje hodnotu a ochranu profesního titulu a seznam lékařských profesí (jako např. ošetřovatelé). V zákoně jsou upraveny podmínky udělování akreditací, disciplinární postihy, další vzdělávání apod.

¹¹⁴ OECD, ECONOMICS DEPARTMENT. *Health care reform and long-term care in the Netherlands (working paper)*. 2013. Str. 25. Dostupné z: <http://www.oecd.org/eco/reform/2013-2.pdf>

¹¹⁵ Informace poskytnuté ze strany p. R. M.C. (René) Prijkel MA z nizozemského Ministerstva zdravotnictví, prosperity a sportu; odboru dlouhodobé péče.

Hlavní zákon je **Zákon o mimořádných výdajích na léčení (AWBZ)**, který upravuje oblasti pojistného systému pro dlouhodobou péči a reguluje oblasti poskytování péče, ve kterých lze uplatnit zdroje z AWZB.

Druhý nejvýznamnější zákon je **Zákon o sociálních službách (WMO)**, který má menší význam než AWZB, ale s růstem preference péče v domácím prostředí jeho význam roste. Reguluje a upravuje oblast služeb dlouhodobé péče v kompetenci samospráv a v roce 2015 prošel reformou, při které mu byl rozšířen rozsah a kvalita služeb na takovou úroveň, aby měl pacient v domácnosti stejnou dostupnost služeb jako pacient v institucionální péči.¹¹⁶

Reforma systému 2015

Reforma systému pojištění dlouhodobé péče uvedená do platnosti v roce 2015 sníží výdaje o 3,5 mld. €, protože z AWBZ byla přesunutá jistá část výdajů do privátního zdravotního pojištění na základě zákona o zdravotním pojištění (**Zorgverzekeringswet – ZVW**). Konkrétně se jedná o služby rehabilitace a rehabilitační péče, které měly spíše zdravotnický charakter.

Upravený zákon WMO na rok 2015 inicioval přechod od centralizovaného systému státem kontrolované nabídky a cen k decentralizované regulované soutěži, kdy na municipality byla přesunuta větší odpovědnost při poskytování a nákupu služeb. Stejně byl reformován Zákon o péči pro mladistvé, ze kterého se hradí dlouhodobá péče pro děti se zdravotním či mentálním postižením. Současný trend, kdy lidé žijí déle v domácnosti, byl ošetřen o zvětšení balíčku služeb pro domácí péči (nabídka služeb je stejná, jako kdyby osoba byla opečovávaná v institucionální službě).

5.5.6 Benefity v rámci poskytování dlouhodobé péče

Osobní rozpočet (PGB – Persoonsgebonden budget) – většina služeb poskytovaných v rámci péče o starší osoby a zdravotně postižené je poskytována ve formě **osobního rozpočtu** (což vedlo ke zvýšení žádostí o dávky v případech, kdy péči poskytovali rodinní příslušníci).

Od roku 2015 se systém decentralizoval a municipality mohou rozhodovat o **individuálních případech podpory neformálních pečovateli**. Doposud se podporovali neformální pečovateli 200 € ročně. V současnosti si mohou požádat o finanční příspěvek, nebo například o podporu v čase mimo domácnost jako krátkodobý stacionář, denní péči či náhradní péči v případě dovolené nebo pomoc dobrovolníků či poskytnutí informací, aby mohli pokračovat ve výkonu své pracovní aktivity (71 % neformálních pečovateli pracuje nějakou formou úvazku).

Způsobilost pro čerpání péče je hodnocená nezávislým **Centrem pro hodnocení péče (CIZ)** s výjimkou domácí asistence, kterou vyhodnocují municipality. Osoba si může zvolit **příspěvek v hotovosti nebo hmotnou dávku**. **Finanční příspěvek je ve výši 66 % z hmotné dávky¹¹⁷** a na celkových nákladech systému se podílí 11 %. Výdaje systému vzrostly také kvůli těžšímu přístupu k získání jiných sociálních dávek. Mezi pojišťovnami funguje **plná riziková vyrovnávací platba**.

Pečovatelská dovolená – pečující osoba na ni má nárok pouze na 2 týdny (placená). Pokud ale osoba potřebuje více času na pečování o závislou osobu, má možnost vzít si kvůli péči dlouhodobé neplacené volno po dohodě se zaměstnavatelem.

Sociální asistent – je hrazen ze zdrojů WMO v rámci tzv. poskytování pomoci s domácími pracemi. Dá se považovat za věcnou dávku.

Věcné dávky poskytované přes AWBZ jsou všechny sociální služby/zboží, které jsou osobě s potřebou dlouhodobé péče, nebo rodinným příslušníkům zakoupeny skrz regionální agentury.

Daňový odpočet napomáhá hlavně rodinám s nízkým příjmem a mohou ho uplatnit všechny věkové skupiny, rovněž i pracující osoby. Speciální daňové odpočty jsou k dispozici pro starší občany žijící samostatně, pro svobodné rodiče, pro pracující s dětmi, pro rodiny s jediným výdělečným členem a pro osoby závislé na sociálních dávkách.

¹¹⁶ THE COMMONWEALTH FUND. International Profiles Of Health Care Systems. 2014. Dostupné z: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf

¹¹⁷ Předpokládá se, že osoba s finančním benefitem naloží efektivněji

5.5.7 Zhodnocení silných a slabých stránek systému financování dlouhodobé péče v Nizozemsku¹¹⁸

Tabulka 32: Silné a slabé stránky financování dlouhodobé péče v Nizozemsku

<ul style="list-style-type: none">Decentralizace nákupu služeb péče vedla k tlaku na snížení cen asistenčních služeb a úspoře miliard Kč.	<ul style="list-style-type: none">Nejnákladnější systém financování LTC v zemích OECD.
<ul style="list-style-type: none">Testování úhrady uživatelů ve vztahu k příjmu, netestování pomocí majetku, takže nízkopříjmové rodiny mají nízký podíl spolufinancování	<ul style="list-style-type: none">Systematická podpora neformálních pečovatелů zaváděna až v posledních letech, pořád výrazně převažuje podpora neformální péče.
<ul style="list-style-type: none">Možnost kombinování příspěvku z více zdrojů (AWBZ, WMO a privátním zdravotním pojištěním)	<ul style="list-style-type: none">Problém systému je stále v regulaci cen, nabídce a vstupu do sektoru. Náklady jsou uhrazeny poskytovatelům až ex-post, chybí vyjednávání cen mezi pojišťovnami a poskytovateli – což nepodporuje tržní prostředí.Nebyl vytvořen systém pro klasifikaci produktů a indikátory kvality, nedostatečná patientská data a nedostatečná informační infrastruktura.
	<ul style="list-style-type: none">Nárůst výdajů způsoben zavedením možnosti vyplácet si pojištění v hotovosti – osobní rozpočetZa vysokým podílem výdajů na HDP je velké využívání ubytovacích služeb. Opatření je nutno provést na straně nákladové efektivity a hlavně zlepšit cílování peněžních příspěvků.Největším nedostatkem holandského modelu financování je skutečnost, že odpovědnost za zajišťování sociálních služeb je rozdělena mezi více institucí zejména v závislosti na typu poskytovaných služeb.

Inspirace pro Českou republiku

- Holandsko může poskytnout České republice negativní zkušenosti s podporou institucionální péče z hlediska vysokých nákladů.
- Regulace cen zefektivňuje systém nakupování sociálních služeb, čímž rostou výdaje z AWBZ. Podobná regulace cenová je v ČR a může inspirovat k zrušení limitů na maximální cenu hodiny péče a jednoho měsíce v pobytovém zařízení.
- Přizpůsobení spolufinancování pro uživatele služeb financovaných z WMO podle výše příjmu a rozsahu užívaných služeb.
- Širší paleta zdrojů financování, nejenom PnP jako je tomu v ČR.
- Příliš mnoho institucí v systému, které se překrývají, duplicitní instituce a odpovědnost rozdělená mezi mnoho subjektů – inspirace pro zjednodušení komplikovaného systému.

¹¹⁸ LEYDEN ACADEMY: Coordination of Health Care Services in Netherlands. Leiden. 2012.

- Inspirace pro upevnění spolupráce mezi MPSV a MZ, při službách dlouhodobé péče, které se dají kombinovat se zdravotnickou péčí.
- Větší využívání zdrojů zdravotních pojišťoven.

5.6 Velká Británie¹¹⁹

5.6.1 Základní popis systému financování dlouhodobé péče

Základní principy financování sociálních služeb ve Velké Británii jsou následující:

- **Liberální model sociální politiky** – základem při poskytování podpory v sociálně nepříznivé situaci je podpora ze strany rodiny a vlastní úspory nebo majetek. Stát poskytuje pouze základní sociální zabezpečení a nastupuje až ve chvíli, kdy ostatní mechanismy selžou (tzv. princip záchranné sítě).
- Financování dlouhodobé péče je zajišťováno primárně z **úspor (11 %) a půjček (44 %)**. S ohledem na tuto skutečnost jsou rozšířeny mechanismy soukromého spoření, případně dluhové mechanismy či mechanismy zaměřené na odprodej majetku (např. reverzní hypotéky apod.).
- Financování sociálních služeb z veřejných zdrojů je realizované **především z lokálních a centrálních daní**.
- **Významnou součástí dlouhodobé péče je neformální péče v domácím prostředí**. Stát strategicky řídí a systematicky podporuje neformální péči – v roce 1999 byla přijata první Národní strategie pro pečující, již byla aktualizována v roce 2010 a doplněna o akční plány. Královské nařízení pro dlouhodobou péči bylo přijato v roce 1999.¹²⁰
- **Sociální dávky mají charakter příspěvkových, nepříspěvkových a testovaných dávek:**
 - Příspěvkové dávky jsou vyplácené ze sociálního pojištění v závislosti na výši odvodů;
 - Nepříspěvkové dávky jsou hrazené z daní a vztahují se např. na invaliditu, počet dětí v rodině apod.
 - Dávky závislé na příjmu jsou rovněž hrazené z daní a plní funkci náhrady příjmu.
- **Vysoká míra solidárnosti sociálního systému** – při posuzování nároku na státní pomoc se **testuje příjem jedince a** mohou mu být poskytnuty pouze minimální dávky. **Stát poskytuje pomoc pouze osobám, jejichž příjem nebo majetek je pod testovanou hranicí, přičemž se častokrát jedná o samostatně žijící jedince.**¹²¹ **Sociální dávky jsou limitované** (benefit cap) – veškeré sociální dávky mohou být přiznány souhrnně v maximální výši 500 liber týdně pro osoby s dětmi a 350 liber pro osoby žijící samostatně. **Sociální pojištění** ve Velké Británii je rovněž jedno z nejnižších v Evropské unii. Z prostředků národního pojistného schéma (National Insurance Scheme – NIS) je hrazen důchod, nemocenské dávky, dávky v nezaměstnanosti a další sociální dávky. Nárok na úhradu uvedených dávek mají osoby přispívající do národního pojištění.¹²²
- **Klíčová role místních orgánů ve financování a zajišťování sociálních služeb.**
- **Limit, kolik mohou utratit za dlouhodobou péči – 70 000 liber**¹²³
- V posledních dvou desetiletích je patrný výrazný tlak na nalezení vhodnějšího řešení financování dlouhodobé péče umožňující zpřístupnění pro nízkopříjmové skupiny, nicméně v této oblasti došlo pouze k omezenému pokroku.¹²⁴ Snaha o reformu – Government's Green Paper 2009.

¹¹⁹ Informace v této kapitole jsou čerpané z GEISLER, Hana et al.: *Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie - Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe*. 2015, výstupů výzkumného projektu ANCIEN – Assessing Needs of Care in European Nations: *The Supply of Informal Care in Europe; The Long-Term Care System for the Elderly* a poskytnuté ze strany oslovených institucí, není-li uveden jiný zdroj.

¹²⁰ Neformální péče je rovněž ekonomicky efektivnější – tento druh podpory ušetří ročně státní pokladně 119 mld. liber (4 biliony Kč), které by byly vynaloženy v případě institucionální péče. (GEISLER, Hana et al.: *Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie - Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe*. 2015)

¹²¹ Přísné posuzování dávek je hodnoceno negativně z důvodu, že až 45 % neformálních pečovateli bylo nucených opustit svoji práci, což vedlo ke zhoršení jejich finanční situace.

¹²² EUROPEAN COMMISSION. Your social security rights in the United Kingdom. 2013. Str. 4. Dostupné z: http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20UK_en.pdf

¹²³ Elektronický zdroj: *The cap on long-term care costs: myths and reality*. Dostupné z: <http://www.telegraph.co.uk/finance/personalfinance/insurance/longtermcare/10162618/The-cap-on-long-term-care-costs-myths-and-reality.html>

¹²⁴ BELL, David, BOWES, Alison. *Free personal care in Scotland, (almost) 10 years on*. Dostupné z: https://www.russellsage.org/sites/all/files/Wolf_LTC/Wolf_Universal-LTC_Chapter-5.pdf

- **Zavádění inovativních metod vedoucích ke zvýšení efektivnosti sociálních služeb** – např. Rychlé záchranné týmy, komplexní přístup k posuzování zdravotního stavu a poskytování sociální a zdravotní péče, zřízení King's fund

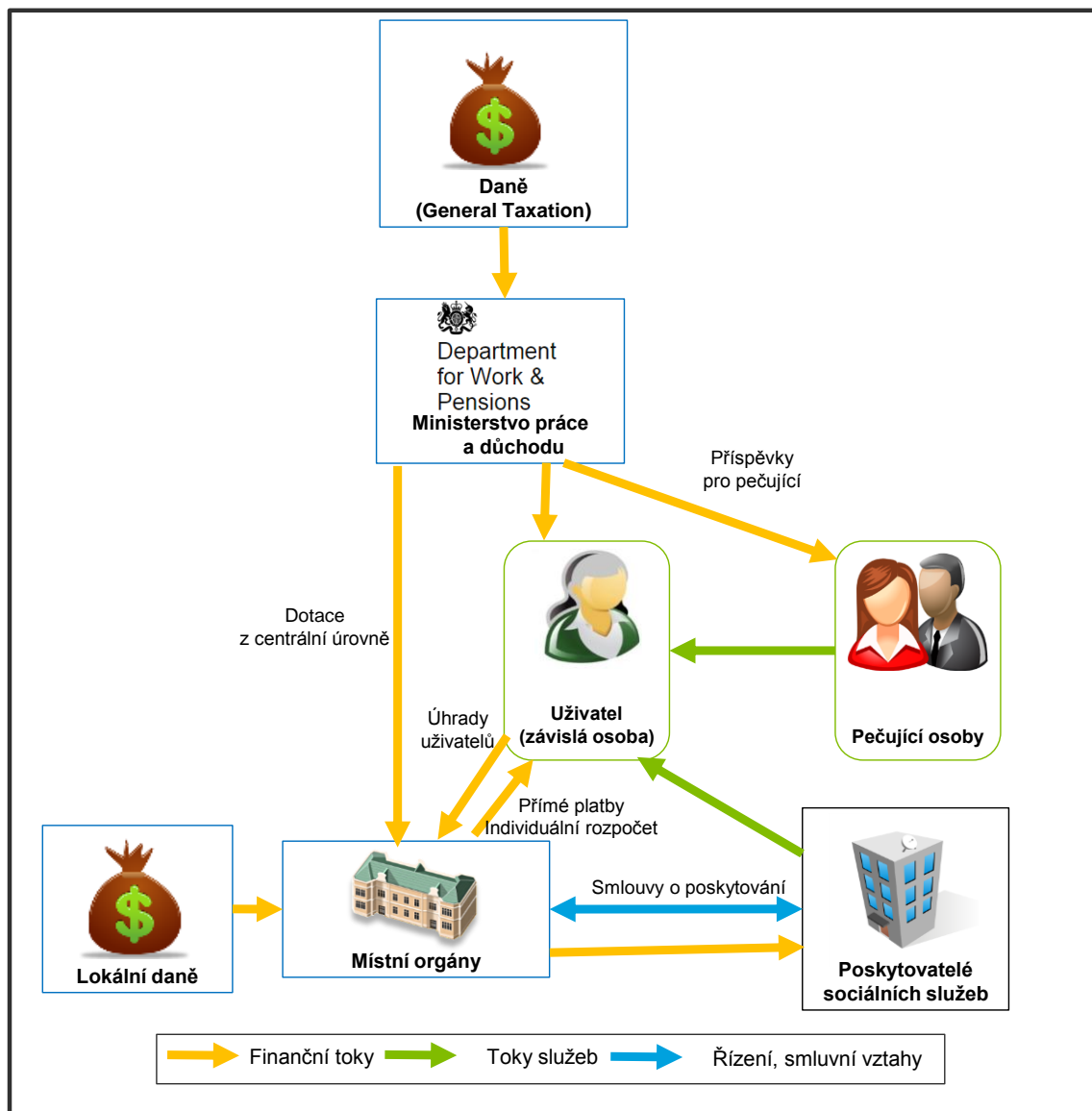
Následující tabulka shrnuje hlavní benefity pro příjemce i poskytovatele dlouhodobé péče (formální i neformální) ve Velké Británii:

Tabulka 33: Benefity pro příjemce a poskytovatele dlouhodobé péče

Benefity				
	Finanční	Nefinanční	Zaměstnanecké	Ostatní
Formální péče	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Finanční benefity pro nízkopříjmové osoby na úhradu péče 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Péče v domácnosti poskytovaná profesionálem (osobní pečovatel) 		
Neformální péče	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Příspěvky pečujícím osobám (Carer's Allowance) ✓ Dávky pro výtěžně činné pečovatele (Carer's Credit) ✓ Příspěvek na péči pro závislé osoby (Attendance Allowance) ✓ Příspěvek pro dlouhodobě nemocné ✓ Invalidní důchod ✓ Další (např. příspěvek na bydlení) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sleva na dani 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ „Employers for carers“ ✓ Mimořádná dovolená ✓ Právo pečujících na pružnou pracovní dobu 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informování a vzdělávání pečovatelů ✓ Zdravotnické a sociální služby – např. Rychlý záchranný tým ✓ Expert patient scheme ✓ Odlehčovací služby a stacionáře ✓ Case and care management ✓ Legislativní ukotvení

Na obrázku níže je schematicky zobrazen model financování sociální péče ve Velké Británii, který je následně detailně popsán.

Obrázek 5: Schéma organizace německého systému financování dlouhodobé péče



Tabulka níže shrnuje ukazatele popisující výše uvedený model financování dlouhodobé péče.

Tabulka 34: Hlavní ukazatele financování dlouhodobé péče ve Velké Británii

Kategorie	Údaj	Rok	
Celkové veřejné výdaje na celkové výdaje dlouhodobou péčí (v % na HDP)	1,97 %	2010	
	veřejné/soukromé zdroje	n/a	
	domácí/institucionální*	0,86 %/0,56 %	2010
Výše odvodů zaměstnance	% z hrubé mzdy	0 % až 12 %	2015
Výše benefitů ¹²⁵	Příspěvek pro pečující osoby	61,35 £/týdenně	
Limity benefitů	Výdělek nižší než	102 £/týdenně	
Benefit cap	Roční limit pro příjmy	70 000 £	2015

* 0,56 % výdaje na finanční benefity

¹²⁵ GEISLER, Hana et al. *Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie - Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe*. 2015.

5.6.2 Struktura příjemců dlouhodobé péče

Následující tabulka shrnuje základní informace o počtu obyvatel nad 65 a 80 let, počtu příjemců péče a počtu neformálních pečovatelů.

Tabulka 35: Počet příjemců dlouhodobé péče a neformálních pečovatelů

Kategorie	Údaj	Rok	
Struktura populace (% z celkové populace) nad 65 let	9,6 mil. (17,8 %)	2014	
	nad 80 let	2,6 mil. (4,8 %)	2011
Počet příjemců péče (v mil. osob)	v domácnosti	1,6 mil. (2,9 %)	2008
	v institucích	0,34 mil. (0,6 %) ¹²⁶	2008
Počet neformálních pečovatelů	6,5 mil (13,1 %)	2011	

Vzhledem k důrazu na podporu neformální péče ze strany rodiny tvoří pečovatelé o osobu blízkou velkou část populace. Za posledních 10 let zaznamenal počet neformálních pečovatelů nárůst o více než 10 %. Více než 1,4 mil. neformálních pečovatelů poskytuje péči více než 50 hodin týdně, přičemž zastoupení mužů a žen je přibližně vyrovnané. Pečovatelé poskytují péči zejména rodičům a partnerům. Na příspěvek pro pečující osoby (Carer's Allowance) mají nárok pouze ty osoby, které pečují více než 35 hodin týdně. Majoritní část pečovatelů tvoří lidé v produktivním věku, proto je kladen velký důraz na podporu této skupiny ze strany zaměstnavatelů. I přes tuto podporu muselo 45 % pečovatelů z důvodu péče opustit zaměstnání. ¹²⁷

5.6.3 Popis systému financování dlouhodobé péče včetně popisu finančních toků

Lokální rozpočty

Profesionální sociální služby jsou financované místními orgány z prostředků lokálních daní, úhrad uživatelů, ale zejména z dotací poskytovaných ze strany centrální vlády. Primárním zdrojem financování jsou tedy daňové příjmy. V systému financování mají klíčovou roli místní orgány, které mají vysokou míru autonomie v rámci řízení a financování sociálních služeb. Dotace z centrální vlády nejsou alokované na konkrétní oblasti, místní orgány tedy mohou samostatně rozhodnout o rozdělení přiděleného rozpočtu na zajišťované oblasti (vzdělávání, sociální služby, regionální rozvoj atd.). Na druhé straně jsou vázány závaznými indikátory (National Indicator Set (NIS)), z nichž řada směřuje do oblasti sociální péče, za jejichž dosažení nesou odpovědnost. Tyto indikátory zahrnují např. podporu samostatného života, volný výběr služby, rehabilitaci, rychlost posouzení, rychlost poskytnutí péče a podpory pro pečující. V případě naplňování indikátorů může být ze strany centrální vlády přidělena lokálním autoritám více autonomie, v případě nenaplňování může naopak zasahovat do řízení poskytovaných služeb. Financování poskytovatelů sociálních služeb ze strany místních orgánů se řídí směrnicemi a pokyny centrální vlády.

Zajištění a financování sociálních služeb pro závislé osoby zajišťují místní orgány na základě posouzení potřebnosti péče. V případě přiznání péče v jednom ze čtyř stupňů závislosti je zapojen „manažer péče“ (pracovník místního orgánu), který má k dispozici rozpočet, za který nakoupí služby odpovídající potřebám závislé osoby na základě posouzení potřeb. Pokud si uživatelé chtějí služby pořídit sami, poskytne lokální oddělení sociálních služeb prostředky ve formě přímé platby nebo individuálního rozpočtu z poskytnutých prostředků závislá osoba následně nakupuje péči, zejména v podobě home care nebo využívá služeb osobních asistentů. V případě osobní asistence příjemce péče vystupuje v roli zaměstnavatele. Počet osob pobírajících finanční příspěvky ve formě přímých plateb nebo individuálních rozpočtů má rostoucí tendenci.

¹²⁶ Výzkumný projekt ANCIEN – Assessing Needs of Care in European Nations: *The Supply of Informal Care in Europe; The Long-Term Care System for the Elderly in England*. ENEPRI Research reports. Str. 17.

¹²⁷ Uvedené údaje byly zjištěny v rámci sčítání lidu. Definice péče byla v tomto šetření formulována poměrně široce, co může mít za důsledek zkreslení některých získaných informací, např. počtu hodin péče, oproti jiným zemím.

Úhrady uživatelů

Vzhledem k vysokému podílu vlastních prostředků, z nichž jsou financovány služby dlouhodobé péče, je kladen velký důraz na důležitost úspor a majetku. V rámci zajištění na stáří existuje řada finančních produktů, např. soukromé fondy, reverzní hypotéka atd. V rozporu s očekáváním není využívání soukromého pojištění dlouhodobé péče významně rozšířeno¹²⁸. Služby, které si pacienti financují sami, jsou uvedené v kapitole 2.6.6

Další zdroje financování

V roce 2006 byl založen **King's Fund** zaměřený na optimalizaci a implementaci inovativních řešení v oblasti zdravotní a sociální péče. V oblasti dlouhodobé péče měl za cíl mimo jiné provést revizi systému a navrhnout nový způsob financování a model poskytování služeb. V červnu 2009 vláda zahájila proces konzultací vedoucí k návrhu Národní sítě péče (National Care Service – NCS) a zvažuje zavedení nových způsobů financování dlouhodobé péče, včetně povinného pojištění péče. Z prostředků King's Fund jsou financované systémové projekty zaměřené na zefektivnění sociálních služeb a zajištění koordinace zdravotní a sociální péče (např. Rychlé záchranné týmy).

5.6.4 Strategické řízení

Řízení sociálních služeb

Na národní úrovni nese za legislativní a strategické směřování dlouhodobé péče (zdravotní i sociální) odpovědnost centrální vláda. Směřování v oblasti sociální péče určuje **Ministerstvo práce a důchodu (Department of Work and Pensions)**. V rámci Skotska, Walesu a Severního Irska byla tato kompetence převedena na příslušná národní shromáždění. Z důvodu přesunu kompetencí na místní správy je podpora sociální péče pro jednotlivé části Velké Británie specifická – např. osobní asistence ve Skotsku je poskytována bezplatně.

Regulátorem dlouhodobé péče na národní úrovni je Care Quality Commission, která vznikla v roce 2008 a nahradila komisi pokrývající zdravotní služby (Healthcare Commission) a sociální služby (Commission for Social Care Inspection CSCI). Její úlohou je regulovat, monitorovat a zlepšovat kvalitu zdravotních a sociálních služeb a provádět registraci a inspekci poskytovatelů sociálních služeb.

Na lokální úrovni zajišťují regulaci a kontrolu kvality poskytovaných služeb **místní správní orgány**. Místní orgány provádí posuzování potřeb, řídí sociální a zdravotní služby pro závislé osoby, uzavírají smlouvy o poskytování služeb s organizacemi soukromého i veřejného sektoru. Dohled nad poskytováním sociální péče ze strany místních orgánů zajišťují na národní úrovni Department of Health (zdravotní služby), Department of Work and Pensions (sociální služby), Department of Communities (oblast ubytování) a místní vlády.

Některé aktivity jsou podporovány napříč všemi územními celky, přičemž se jedná zejména o dávky zakotvené v zákonech (např. příspěvky od státu pro pečující osoby).

Posuzování potřeb

Posuzování potřeb závislých osob provádí **místní správní orgány (local authorities)**. Posuzování potřeb probíhá na základě vyhodnocení stupně závislosti v souladu s Fair Access to Care initiative (4 stupně – nízký, mírný, výrazný a kritický). Cílem posuzování a poskytování služeb je propojit potřeby závislé osoby s lokální nabídkou služeb.

Osoby, které jsou shledány oprávněné k poskytnutí péče, jsou následně podrobeny **majetkovému testování** s cílem stanovit objem, ve kterém budou služby financované z prostředků místních orgánů nebo z vlastních zdrojů příjemce (pozn.: zdravotní služby jsou univerzální a nepodléhají majetkovému testování). S cílem zajištění větší integrace zdravotních a sociálních služeb a zjednodušení související administrace jsou od roku 2002 realizované různé iniciativy ke zvýšení koordinace v oblasti posuzování i poskytování potřebné zdravotní a sociální péče – např. jednotný proces posuzování (Single assessment process), care and case management, Rychlý záchranný tým atd. (dále v kapitole Benefit).

¹²⁸ WITTENBERG, Raphael. *How can private long-term care insurance supplement state systems? The UK as a case study*. AXA Research Fund. Dostupné z: <https://www.axa-research.org/project/raphael-wittenberg>

System posuzování a následného poskytnutí péče ve Velké Británii funguje značně efektivně – přibližně 2/3 posouzení proběhnou do 2 týdnů od prvního kontaktu, téměř žádná netrvalí déle než 3 měsíce, péče je následně poskytnuta zpravidla do 2 týdnů od posouzení. Vyhodnocení poskytování péče bývá následně provedeno cca jednou ročně.

Poskytování sociálních služeb

Služby profesionální péče poskytují lokální veřejnoprávní instituce sociální péče, komunitní instituce zajišťující zdravotní péči a nezávislé, ziskové i neziskové organizace, např. rezidenční pečovatelské domy, služby domácí péče a služby denní péče. Rozšířené jsou terénní a ambulantní služby, lékařská návštěvní služba (terénní asistence) nebo Rychlý záchranný tým¹²⁹. Služby profesionální péče zprostředkovává místní oddělení sociálních služeb nebo si je může osoba zajistit samostatně prostřednictvím zprostředkovatelské agentury, k čemuž má přidělený rozpočet. Veřejné i soukromé organizace tak poskytují služby na základě smlouvy s místními orgány, případně přímo s uživatelem. Závislá osoba může rovněž využít služby osobního pečovatele, vůči němuž mají stejné postavení jako zaměstnavatel.

5.6.5 Legislativní ukotvení

Ve Velké Británii jsou postavení a podpora neformálních pečovatelů ukotveny v řadě právních předpisů. Komplexně problematiku péče upravuje zákon o péči (Care Act) z roku 2014, který se věnuje i oblasti financování péče. Program na podporu neformálních pečovatelů je definován v **Národní strategii pro pečující**. Podpůrná opatření řeší **Královské nařízení pro dlouhodobou péči** (Royal Commission of Long Term Care, 1999) a **Zákon o rovných příležitostech pro pečující osoby** (Carers Equal Opportunities Act), který dále zaručuje rovnocenný přístup k práci, vzdělání a volnočasovým aktivitám, zakotvuje uznání pečujících osob veřejnými orgány jako cílové skupiny sociální politiky a upravuje rozsah podpory informovanosti pečujících osob za strany místní správy.

Employment relations act (1999) upravuje právo pečujících na mimořádnou dovolenou v důsledku péče a právo pečujících na pružnou pracovní dobu. **Zákon o rovnoprávnosti** (Equality Act, 2010) zakotvuje právo na ochranu před diskriminací v zaměstnání a při poptávce po zboží a službách.

5.6.6 Benefity v rámci poskytování dlouhodobé péče

V zásadě stát podporuje závislé osoby prostřednictvím přímých plateb nebo zajištění služby, pečovatele formou podpory příjmu (Income Support), zaměstnaneckou podporou (Employment Support Allowance), podporou v nezaměstnanosti (Jobseeker's Allowance) a slevou na dani (Tax Credit).

Finanční dávky

Příspěvek pro pečující osoby (Carer's allowance) je nejvýznamnější dávkou pro neformální pečovatele. Příspěvek může získat pouze jedna osoba, i když je pečovatelů více. Výše příspěvku je 61,35 liber za týden, pečovatel musí být starší 16 let, mít dokončené základní vzdělání, poskytovat péči ve výši 35 hodin týdně a jeho výtěžek musí být nižší než 102 liber týdně. Příspěvek je vyplácen obvykle do dosažení důchodového věku, kdy je nahrazen důchodovým příspěvkem. Příspěvek je vyplácen týdně předem nebo jednou za 4 až 13 týdnů. Přiznání může trvat 4 až 6 týdnů, obvykle se nepřiznává, pokud osoba pobírá jiné sociální dávky ve vyšší výši než výše příspěvku. Pokud jsou pobírané dávky v nižší výši, může požádat o snížený příspěvek jako doplnění dávek do celkové možné výše příspěvku. Podléhá zdanění.

Důchodový příspěvek je přiznáván osobám s příjmem pod hranici životního minima (£102 týdně). Po dobu pobírání příspěvku pro pečující je jim započítáváno stejné důchodové pojištění jako pro pracující s nejnižším dosaženým příjmem, z něho se pak odvozuje důchodový příspěvek, který nahrazuje dřívější příspěvek pro pečující. Pokud osoba poskytovala péči více než 10 let, může v rámci důchodového příspěvku získat extra příjem 16 liber týdně za každý rok strávený péčí.

Příspěvek na péči pro závislé osoby (Attendance allowance) je přiznaný na základě posouzení míry závislosti, nepodléhá majetkovému testování.

¹²⁹ Pacientům v ohrožení zdraví pomáhá v přivolání pomoci asistivní technologie, která kontaktuje záchranný tým.

Mezi další dávky určené osobám se znevýhodněním patří invalidní důchod (Disability living allowance), příspěvek pro dlouhodobě nemocné (personal independence payment) a další sociální dávky, např. příspěvek na bydlení (Housing benefit) určený pro nízkopříjmové rodiny.

Dávka pro výdělečně činné pečovatele (Carer's Credit) odvíjející se od příjmu slouží jako náhrada základní státní penze. Je přiznána v případě, že pečovatel nepobírá příspěvek pro pečující osoby. Část dávky je garantovaná státem v závislosti od úspor a příjmu, druhá část se odvíjí od úspor a mají na ni nárok ti, kteří mají nárok na státní důchod nebo malé úspory.

Dodatečným benefitem je **sleva na dani** představující daňové zvýhodnění závislé na zdanitelném příjmu domácnosti.

Podpora pečujících na trhu práce

Podpora na trhu práce je ukotvená v rámci řady právních předpisů (Equality Act, Carers Equal Opportunities Act, Employment relations act). Cílem opatření v této oblasti je udržet pečující osoby v zaměstnání, případně poskytnout podmínky umožňující zaměstnávání pečujících osob. Pečující osoby mají nárok na mimořádnou dovolenou v době poskytování péče a právo na pružnou pracovní dobu.

Sdružení zaměstnavatelů pro pečující osoby (Employers for Carers) poskytuje poradenství pro zaměstnavatele a rozvíjí zaměstnanecké benefity pro pečující zaměstnance, podporuje vládní politiku podpory pečovatelů při nástupu do práce či jejím opuštění.

Další nástroje podpory

Dalšími nástroji podpory závislých a pečujících osob jsou aktivity v oblasti informování a vzdělávání pečovatelů. Této činnosti se věnují zejména charitativní organizace, např. **Pečovatelé Spojeného Království (Carers UK)**, která realizuje aktivity v oblasti sdílení informací, poskytování pomoci, úpravy legislativy a organizaci každoroční kampaně Národní týden pečujících osob. **Národní zdravotní služba** realizuje program přímého vzdělávání pečujících osob (Expert patient scheme).

Zdravotnické a sociální služby

Odlehčovací služby, stacionáře a služby respitní péče, které umožňují **přestávku od poskytování péče**, jsou hrazené z prostředků samospráv a příspěvků od uživatelů. Králův fond (King's Fund) realizuje akci zaměřenou na **podporu integrované péče** v Anglii mající za cíl sjednocení zdravotních a sociálních služeb – koordinaci péče na základě celkového zdravotního stavu jednotlivce (napříč nemocemi) na základě vytvoření komplexního plánu péče (Care plan) koordinátorem¹³⁰. Plán je nastaven komplexně a je šitý na míru přímo pacientovi.

¹³⁰ Zdroj: Long-term care funding in UK

5.6.7 Zhodnocení silných a slabých stránek systému financování dlouhodobé péče ve Velké Británii

Tabulka 36: Silné a slabé stránky financování dlouhodobé péče ve Velké Británii

+	-
<ul style="list-style-type: none"> • Strategická podpora neformálních pečovatелů ze strany státu – pravidelně aktualizovaná Národní strategie pro pečující osoby včetně akčních plánů 	<ul style="list-style-type: none"> • Vzhledem k rozsahu péče musí velká část neformálních pečovatелů opustit zaměstnání, v důsledku čehož se ocitá ve špatné finanční situaci¹³¹
<ul style="list-style-type: none"> • Široké spektrum zaměstnaneckých benefitů a podpory ze strany zaměstnavatelů 	<ul style="list-style-type: none"> • Pracující pečovatелé se ocitají ve stresu z kombinování práce a péče
<ul style="list-style-type: none"> • Systematické financování koncepčních opatření – prostřednictvím King's Fund 	<ul style="list-style-type: none"> • Nedostupnost a nepružnost pečovatelského servisu
<ul style="list-style-type: none"> • Inovativní přístupy vedoucí k zefektivnění systému poskytování dlouhodobé péče – např. Rychlý záchranný tým (Rapid response team) 	<ul style="list-style-type: none"> • Přísná kritéria na přiznávání příspěvku na péči vycházející z minimálních životních příjmů a nízká výše příspěvku vedoucí k finančním potížím
<ul style="list-style-type: none"> • Inovativní směr integrace zdravotnických a sociálních služeb – komplexní přístup, v rámci něhož je centrem zájmu osoba, o kterou je pečováno 	<ul style="list-style-type: none"> • Není poskytována podpora pro osoby, které mají příjmy vyšší než existenční minimum
<ul style="list-style-type: none"> • Časově efektivní systém posuzování a zajišťování péče. 	<ul style="list-style-type: none"> • Složitý systém, kterému většina lidí nerozumí – nejasnost a nedostatek transparentnosti v praxi. V důsledku systému nerozumí občané ani profesionálové.
<ul style="list-style-type: none"> • Neregulované finanční benefity vedou k vytvoření trhu neformální péče poskytované ze strany soukromých fyzických osob. 	

5.6.8 Inspirace pro Českou republiku

- Zřízení komise odpovědné za řízení, regulaci a koordinaci zdravotních a sociálních služeb.
- Stanovení indikátorů dostupnosti a kvality péče závazných pro kraje.
- Rozšíření příspěvků pro pečovatele, diferenciacce podle ekonomického statusu pečovatele (zaměstnaný vs. nezaměstnaný).
- Vytvoření rozpočtu (fondu) na financování systematických a inovativních projektů z prostředků.

¹³¹ Téměř 30 % pečovatелů zaznamenalo v důsledku péče pokles příjmu domácnosti o více než 20 000 liber ročně, citované z: GEISSLER, Hana et al.: Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie. Fond dalšího vzdělávání, 2015, str. 8

5.7 Švédsko¹³²

5.7.1 Základní popis systému financování dlouhodobé péče

Základní principy financování sociálních služeb ve Švédsku jsou následující:

- Obdobně jako v Dánsku má systém sociálního zabezpečení ve Švédsku charakter **univerzálního modelu sociálního státu**. Pro své občany poskytuje **univerzální sociální zabezpečení** formou 3 druhů finančních dávek:
 - Dávky závislé na příjmu (podléhají zdanění);
 - Univerzální příspěvky;
 - Dávky přidělované na základě testování.
- Systém dlouhodobé péče je financován zejména prostřednictvím **daní z příjmu na lokální úrovni**.
- Stát přejímá vysokou míru zodpovědnosti za blaho svých občanů. Vysoké daňové zatížení garantuje zajištění minimálního životního standardu a sociálních jistot v případě onemocnění nebo výskytu zdravotního znevýhodnění dlouhodobého charakteru. Široká státem garantovaná nabídka profesionální péče tvoří páteř systému dlouhodobé péče.
- Pojistné na sociální zabezpečení využívá **princip virtuálních účtů**, jehož cílem je zajištění udržitelnosti důchodového systému založeného na PAYG (Pay as you go – průběžný systém financování).
- **Úhrady uživatelů** jsou využívány ve větší míře než v Dánsku, jsou účtovány samosprávami na základě centrálně stanoveného limitu v závislosti od příjmu (formují pouze velmi limitovanou část celkových výdajů), nicméně postupně rostou z důvodu poklesu míry zdanění příjmu.
- V současné době dochází k prosazování trendu **deinstitucionalizace** – přechodu z institucionální péče do péče poskytované v domácím prostředí. Zavedení asistivních technologií vedlo ke snížení nákladnosti domácí péče, která je tak z pohledu municipalit v porovnání s institucionální péčí ekonomicky efektivnější. V roce 2013 využívalo institucionální zařízení pouze 5 % obyvatel, domácí asistence 9 % a komunitní služby 8 až 9 % opečovávaných osob z řad seniorů.¹³³ V případě výběru neformální péče je úlohou státu poskytnout maximální možnou podporu pečujícím osobám, k čemuž lze využít řadu finančních, nefinančních a zaměstnaneckých benefitů. V roce 2008 bylo založeno **Národní centrum podpory poskytovatelů neformální péče** (založeno Radou pro zdraví a prosperitu), které koordinuje rozvoj a výzkum neformální péče a zvyšuje její povědomí.
- Decentralizovaný systém poskytování sociálních služeb, v němž plní **klíčovou roli místní orgány (municipality)**, které nesou odpovědnost za organizaci, kontrolu, plánování, financování a prioritizaci výdajů na sociální služby. Individuální plánování sociálních služeb na úrovni samosprávy je typicky spojené s **vysokou rozmanitostí služeb**.
- Sociální služby poskytují kraje, obce a poskytovatelé sociálních služeb zpravidla na nevýdělečném principu. Pro některé služby existuje výjimka, kdy jejich cena může být vyšší, než jsou náklady.
- Opečovávaná osoba má možnost volného výběru poskytovatele na dobrovolné bázi. Cílem přístupu k handicapovaným a na péči závislým osobám je dosáhnout maximální možné soběstačnosti a nezávislosti na okolí.

¹³² Informace v této kapitole jsou čerpané z GEISLER, Hana et al.: *Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie - Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe*. 2015, výstupů výzkumného projektu ANCIEN – Assessing Needs of Care in European Nations: *The Supply of Informal Care in Europe; The Long-Term Care System for the Elderly* a poskytnuté ze strany oslovených institucí, není-li uveden jiný zdroj.

¹³³ JOHANSSON, Lennarth. *Care of Older people in Sweden (working paper in progress)*. 2015. Zasláno z Socialstyrelsen.

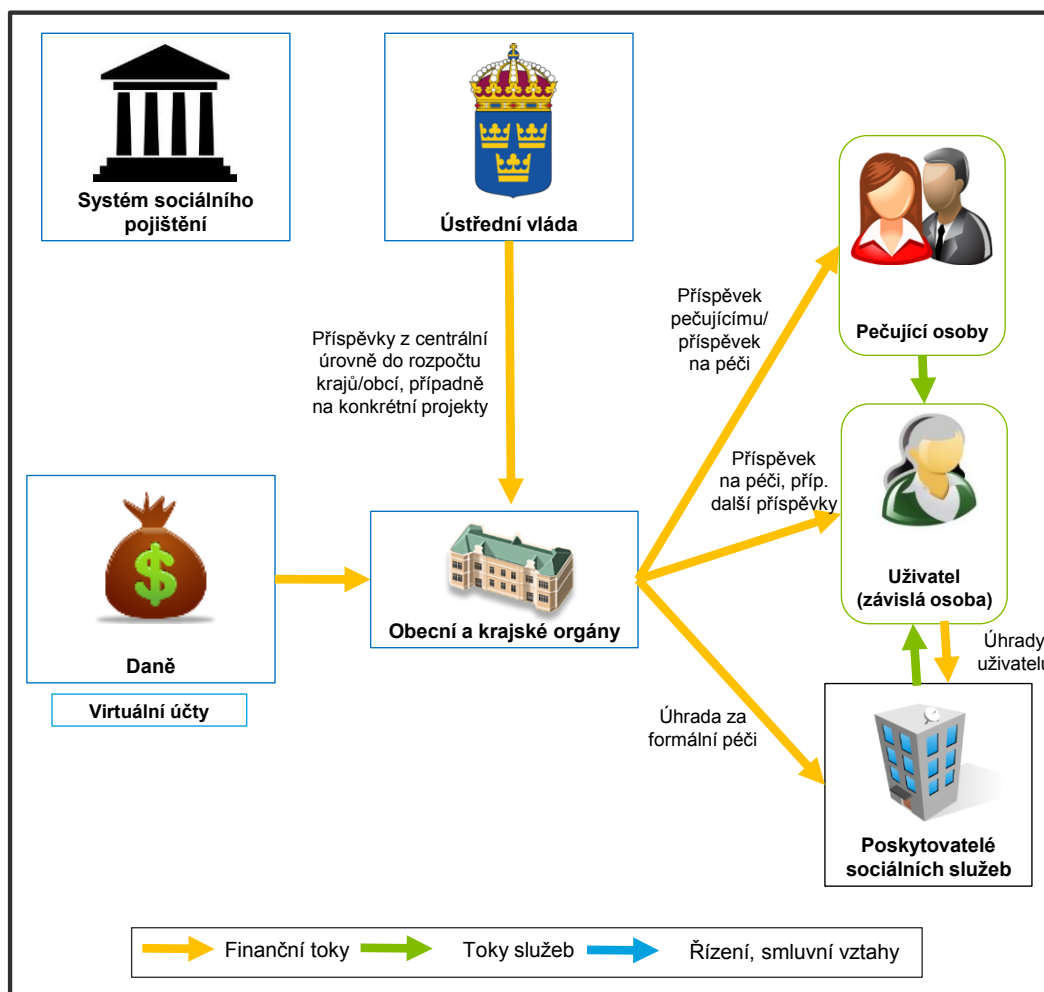
Následující tabulka shrnuje hlavní benefity pro příjemce i poskytovatele dlouhodobé péče (formální i neformální) ve Švédsku:

Tabulka 37: Benefity pro příjemce a poskytovatele dlouhodobé péče

Benefity		Finanční	Nefinanční	Zaměstnanecké	Ostatní
Formální péče	✓	Formální péče hrazená z veřejných prostředků			
Neformální péče	✓	Příspěvek pečujícím = plat neformálního pečovatele		✓ 100 dní placené dovolené	✓ Individuální plán péče
	✓	Příspěvek na péči		✓ Aplikace principů flexicurity (viz dále)	✓ Respitní služba
	✓	Dávky vyplácené státem (Příspěvek na péči o postižené dítě)			✓ Contact days
	✓	Další příspěvky na extra pomůcky, léky, automobil, potraviny apod.			✓ Poradenské centra
					✓ Svěpomocné skupiny

Na obrázku níže je schematicky zobrazen model financování sociální péče ve Švédsku, který je následně detailně popsán.

Obrázek 6: Schéma organizace švédského systému financování dlouhodobé péče



Tabulka 38: Hlavní ukazatele financování dlouhodobé péče ve Švédsku

Tabulka níže shrnuje hlavní ukazatele popisující výše uvedený model financování dlouhodobé péče.

	Kategorie	Údaj	Rok
Celkové výdaje na dlouhodobou péči (v % na HDP)	celkové výdaje	10,7 mld. € (3,6 %)*	2010
	veřejné/soukromé zdroje	Téměř 100 % z veřejných zdrojů	2008
	domácí/institucionální ¹³⁴	0,3 % / 0,4 %	2008
Výše odvodů zaměstnance ¹³⁵	% z hrubé mzdy	31,42 % zaměstnavatel, 28,97 % OSVČ	2015

* pouze výdaje na péči o osoby starší 65 let a pouze 3 % uhradili osoby z vlastních zdrojů¹³⁶

** 2,9 % z HDP určeno na financování sociálních služeb

5.7.2 Struktura příjemců dlouhodobé péče

Následující tabulka shrnuje základní informace o počtu obyvatel nad 65 a 80 let, počtu příjemců péče a počtu neformálních pečovatелů.

Tabulka 39: Počet příjemců dlouhodobé péče a neformálních pečovatелů

	Kategorie	Údaj	Rok
Struktura (% z celkové populace)	populace nad 65 let	1,9 mil. (19,7 %)	2014
	nad 80 let	0,51 mil. (5,3 %)	2014
Počet příjemců péče (v mil. osob)	v domácnosti + komunitní péče	1,73 mil. (18 %)	2013
	v institucích	0,48 mil. (5 %) ¹³⁷	2013
Počet neformálních pečovatелů		1,4 mil. (18 %) ¹³⁸	2012

Podle dotazníkového šetření z roku 2012 poskytuje péči 18 % populace starší než 18 let, tedy více než 1,4 mil. lidí. Z toho 419 000 poskytuje péči denně, 619 000 minimálně jednou týdně a 300 000 minimálně jednou měsíčně. (Složení pečujících z hlediska pohlaví: 59 % ženy, 41 % muži, věková struktura: nejmenší část tvoří občané ve věku 18-29 (7 %) a největší část (46 %) ve věku 46-64. 8 % pečujících (cca 70 000 lidí) zkrátilo svůj úvazek na poloviční a 3 % (29 000 lidí) přestalo pracovat úplně.¹³⁹

5.7.3 Popis systému financování dlouhodobé péče včetně popisu finančních toků

Finanční prostředky na pokrytí služeb sociální péče jsou získávány z prostředků pojistného systému a z daní.

Systém sociálního pojištění poskytuje finanční zabezpečení v případě onemocnění nebo výskytu zdravotního znevýhodnění dlouhodobého charakteru. Sociální pojištění nepokrývá zdravotní péči ani podporu v nezaměstnanosti, které jsou hrazeny z jiných typů pojištění.

Pojistné na sociální zabezpečení

Pojistné na sociální zabezpečení využívá princip virtuálních účtů, jehož cílem je zajištění udržitelnosti důchodového systému založeného na PAYG. Systém virtuálních účtů byl v rámci penzijního zabezpečení implementován ve Švédsku v 90. letech. Odvody zaměstnanců a zaměstnavatelů do státního rozpočtu jsou

¹³⁴ Výzkumný projekt ANCIEN – Assessing Needs of Care in European Nations: *The Supply of Informal Care in Europe; The Long-Term Care System for the Elderly in Sweden*. ENEPRI Research reports.

¹³⁵ SWEDISH TAX AGENCY. *Taxes in Sweden*. 2014. Dostupné z:

http://www.skatteverket.se/download/18_d5e04db14b6fef2c86102/1423556873574/taxes-in-sweden-skv104-utgava15.pdf

¹³⁶ Elektronický zdroj: *Elderly care in Sweden*. Dostupné z: <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/>

¹³⁷ JOHANSSON, Lennarth. *Care of older people in Sweden (working paper in progress)*. 2015. Str. 3.

¹³⁸ JOHANSSON, Lennarth. *Care of older people in Sweden (working paper in progress)*. 2015.

¹³⁹ JOHANSSON, Lennarth. *Care of older people in Sweden (working paper in progress)*. 2015.

hlavními příjmy státního rozpočtu, z kterého jsou posléze průběžně financovány náklady na dlouhodobou péči. Virtuální účty (notional defined-contribution) ponechávají financování formou PAYG, ale mají prvky soukromě financovaného příspěvkového modelu, kde má spořitel přehled o tom, kolik si za produktivní život odvedl do státního rozpočtu ze své hrubé mzdy. Při vstupu do důchodového věku má možnost nechat si vyplácet anuitu z naspořené množství po dobu očekávaného dožití od důchodového věku na měsíční bázi. S rostoucí délkou dožití tak anuitní platba klesá, což přináší úspory oproti dávkově definovanému systému vyplácení důchodových dávek.^{140 141}

Pojištění na stáří tvoří několika složkový systém zabezpečení, složený z:

- **I. pilíř: Základní penze (income-based pension)** – účast povinná, vychází z celoživotních výdělků
- **II. pilíř: Prémiové penze (premium pension)** – účast dobrovolná
- **III. pilíř: Garantované penze (guarantee pension)** – vyplácen ze státního rozpočtu na základě rezidenčního principu
- Zaměstnanecké spoření, případně jiné privátní spoření

Občanům jsou v případě potřeby vypláceny dávky 3 typů:

- **Benefity vázané na příjem** jako kompenzace v případě ztráty příjmu např. V důsledku nemoci nebo péče o dítě;
- **Dávky univerzální povahy**, které jsou při vzniku nároku vypláceny každému ve stejné výši – např. přídavek na dítě
- **Testované dávky** – např. příspěvek na bydlení pro seniory apod.

Lokální a centrální daně

Orgány obcí a krajů v rámci své působnosti vybírají daně a stanovují poplatky, které jsou využité na financování sociální péče, v rozsahu stanoveném **zákonem o sociálních službách (Socialtjänstlagen – SoL)**. Rozpočty obcí a krajů, případně jimi realizované konkrétní projekty, jsou rovněž financované z prostředků centrální vlády.

Úhrady uživatelů

Nárok na péči má každá osoba s trvalým pobytem ve Švédsku a oprávněná k poskytování péče na základě posouzení potřeb. Pro financování dlouhodobé péče z vlastních prostředků jsou ze strany centrální vlády stanovené maximální měsíční limity zohledňující finanční situaci jednotlivce.

Zákonem jsou stanovené maximální výše úhrad za poskytovanou péči, které chrání příjemce před extrémně vysokými poplatky. V roce 2007 byl měsíční poplatek paušálně ve výši 1 612 SEK. Výše poplatku nezohledňuje výši příjmu. Poplatek může být snížen v případě, že měsíční příjem nepřevyšuje minimální náklady na život, již jsou stanovované vládou na roční bázi. V rámci těchto mantinelů rozhoduje o výši poplatků každý místní orgán samostatně. V roce 2006 dostávalo cca 19 % příjemců domácí péče veškeré služby bezplatně, jelikož jejich příjem byl pod stanovenou hranicí.

Strategické řízení

Řízení sociálních služeb

Kompetence v oblasti služeb sociální péče jsou rozděleny mezi subjekty na národní, krajské a lokální úrovni. Na národní úrovni stanovuje strategické cíle a zajišťuje jejich dosahování prostřednictvím legislativních opatření, supervize a mechanismů finanční kontroly parlament (Riksdagen) a vláda. V roce 1992 byla realizována reforma dlouhodobé péče o seniory (Care of the Elderly reform), kterou byla přenesena klíčová role z centrální úrovně na úroveň lokální (místní a krajské orgány). Na krajské úrovni nese odpovědnost za poskytování zdravotní péče 20 krajských rad (county councils). Na místní úrovni zajišťuje naplňování sociálních a bytových potřeb 290 obcí.¹⁴²

¹⁴⁰ Podobný systém má také Austrálie, která má důchodový fond postaven mimo rozpočet a nárok na vyplacení vzniká až vstupem do důchodového věku, což vede k vyšší motivaci spořit již během produktivního věku.

¹⁴¹ Reforming public pensions – The notional solution. Dostupné z:

<http://www.economist.com/blogs/freeexchange/2013/01/reforming-public-pensions>

¹⁴² HELLQVIST, Karin, LIDBRINK, Marianne. *Quality of long-term care in residential facilities*. Říjen 2010. Dostupné z: file:///C:/Users/nbabjakova/Downloads/Sweden_DE10.pdf

Místní orgány ve spolupráci s krajskými orgány plánují, realizují a financují služby sociální péče ve své působnosti.

Dosud nebyla definována oficiální strategie podpory neformální péče a pečujících osob na národní úrovni. **Národní rada pro zdraví a prosperitu (Socialstyrelsen)** je poradním a dohledovým orgánem centrální vlády v oblasti zdravotních služeb, zdravotní ochrany a sociálních služeb. Mezi hlavní úkoly patří hodnocení poskytovaných služeb z hlediska naplňování cílů, k nimž byly zřízené. Socialstyrelsen se snaží o zviditelnění problematiky pečujících osob a konsolidaci systému jejich podpory především pomocí nástrojů redistributivní a legislativní povahy.

Národní centrum podpory poskytovatelů neformální péče zajišťuje koordinaci výzkumu a rozvoje v oblasti neformální péče, zvyšování obecného povědomí o problematice a informační podporu zainteresovaných aktérů (pečujících osob i institucí).

Posuzování potřeb

Posouzení potřeby péče provádí praktický lékař (general practitioner) nebo je prováděno na základě podání žádosti místními orgány. Hodnocení spočívá v dotazování osoby vyžadující péči a jejich rodinných příslušníků. Posuzování se neřídí jednotnými standardy, je primárně v kompetenci posuzovatele. Cílem posuzování je zjistit, zda péče může být poskytována v domácnosti, nebo stav osoby vyžaduje institucionální péči. V současné době mohou zůstat v domácí péči i osoby s vážnými potížemi vzhledem k možnosti rozsáhlé asistence – v závažných případech např. až 7 návštěv denně. V případě, že domácí péče nemůže být poskytována např. vzhledem k technickým podmínkám, je poslední instancí institucionální péče.

Od 1. 1. 2010 mají místní orgány povinnost vytvořit individuální plán péče pro každého příjemce péče, který jasně stanoví postup požadované léčby a rozsah služeb. V plánu je rovněž uvedené jméno osoby, která je odpovědná za koordinaci péče, a specifikuje, které instituce jsou odpovědné za poskytování jednotlivých komponent péče.

Poskytování sociálních služeb

Dostupnými druhy sociální péče ve Švédsku jsou institucionální péče, domácí péče (home care), a domácí pečovatelská služba (home nursing care). Ze strany municipalit jsou poskytované dodatečné služby jako pomoc při každodenních aktivitách, roznos jídla, osobní bezpečnostní alarmy, přizpůsobení domácnosti potřebám péče, zajištění dopravy. Nad rámec standardních služeb poskytují místní orgány granty na asistivní technologie v domácnosti, a to bez ohledu na finanční situaci příjemce.

Služby jsou poskytovány veřejnými nebo soukromými poskytovateli na nevýdělečném principu, tzn. cena je stanovena na úrovni skutečných nákladů. Centrální vláda každoročně stanovuje maximální výši poplatků za jednotlivé služby, vyšší poplatky mohou být aplikované lokálními autoritami pouze v případech stanovených zákonem. Odpovědnost za poskytování a kvalitu služeb nesou místní orgány.

5.7.4 Legislativní ukotvení

Zákon o sociálních službách (Social Services Act, 2009) vymezuje roli obcí, již jsou povinny respektovat a spolupracovat s neformálními pečovateli a poskytovat jim potřebnou podporu. Rovněž stanovuje výši poplatků za sociální služby s cílem chránit příjemce před extrémně vysokými poplatky. Care Leavers Act upravuje postavení pečujících osob na trhu práce.

5.7.5 Benefity v rámci poskytování dlouhodobé péče

Vzhledem k vysoké míře podpory ze strany státu má péči o potřebné osoby zajistit v první řadě stát, pokud je rodina ochotna o své rodinné příslušníky pečovat, má jí k tomu stát poskytnout maximální možnou podporu.

Finanční dávky

Příspěvek pečujcímu vyplácí obec jako plat neformálního pečovatele (nominální mzdu) na základě smluvního pracovně-právního vztahu s neformálním pečovatelem.

Příspěvek na péči vyplácí obec osobě, která je opečována, s ohledem na potřebnost péče a její časovou náročnost maximálně do výše 17-20 hodin týdně. Nadlimitní péče je vyplácena formou jiných dávek.

Ze strany státu jsou hrazené dodatečné dávky vyplácené na základě účasti v systému sociálního pojištění, přičemž se jedná zejména o následující:

- **Příspěvek na péči o postižené/handicapované dítě** do 19 roku dítěte, přičemž dávka je testována a závisí na rozsahu péče (minimálně 7 hodin denně).
- **PnP vyplácený státem** je dále využíván na úhradu **asistenční služby** poskytované ze strany profesionálního pečovatele nebo osoby blízké. Tento příspěvek nelze využít pro úhradu střídaté péče v institucionální péči a je vyplácen pouze ve výši podílu neformální domácí péče. Výše příspěvku se pohybuje do 280 – 314 SEK za hodinu.
- **Příspěvek v invaliditě** (obdobu invalidního důchodu v ČR) má 3 stupně.
- **Příspěvek na zvláštní výdaje spojené s poskytovanou péčí** – náklady na extra pomůcky, medikaci, potraviny apod.
- **Příspěvek na automobil.**

Podpora pečujících na trhu práce

Postavení pečujících osob je ukotvené v zákoně Care Leavers Act. Zákon mimo jiné stanovuje, že každá pečující osoba má **nárok na 100 dní placené dovolené**, když pečuje o osobu v konečném stádiu života. Nárok je podmíněn účastí na sociálním pojištění a může dosáhnout maximálně 80 % výše příspěvku v nemoci. Zaměstnavatel garantuje návrat na stejnou pozici jako před odchodem na placenou dovolenou.

Dalším významným nástrojem uplatňovaným v severských státech je **koncept flexicurity** založený na zvýšené dostupnosti flexibilních forem pracovních úvazků. Flexicurity je integrovaná strategie pro současné zvýšení pružnosti trhu a zabezpečení osob mimo trhu práce. Vyšší flexibilitou na trhu práce se pokouší strategie přizpůsobit nárokům zaměstnavatelů na flexibilní pracovní sílu a vyšší zabezpečení zajišťuje propuštěným zaměstnancům důvěru v to, že nebudou čelit dlouhému období nezaměstnanosti. Flexicurity (složená ze slov Flexibility a Security) je implementována pomocí 4 komponent:

- flexibilní a spolehlivé smluvní vztahy
- strategie obsáhlého celoživotního vzdělávání
- efektivní aktivní politika zaměstnanosti
- moderní systém sociálního zabezpečení

Flexicurity je klíčovým prvkem Evropské strategie zaměstnanosti do roku 2020, která má za cíl dosáhnout 75 % úroveň zaměstnanosti.¹⁴³

Pečovatelé se mohou rovněž účastnit vzdělávání (Contact days). V případě vzdělávání při poskytování péče o potomka je v uvedeném termínu zaměstnanec uvolněn z práce a má nárok na 80 % mzdy.

Další nástroje podpory

Individuální plán péče sestavuje skupina odborníků složená z lékaře, lokálního zástupce v součinnosti s opečovanou osobou a její rodinou. Plán péče obsahuje potřebný rozsah péče a úkony včetně doporučení vhodnosti institucionální nebo domácí léčby.

Mezi poskytované **podpůrné služby** patří respitní služby, vzdělávací aktivity, poradenská centra, podpůrné skupiny a další (atypické pro ostatní státy jsou uvedené níže):

- **One to one support** – konzultace pro neformální pečovatelé ohledně plánování péče
- **Feel-good activity** – konzultace pro neformální pečovatelé ohledně relaxačních aktivit (masáže, lázně, atd.)
- **Konzultace neformální péče přes internet**

¹⁴³ Elektronický zdroj: Flexicurity. European Commission: Dostupné z: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=102>

- **Dobrovolníci** – pomáhají pečovat nebo asistovat při péči neformálním pečovateli
- **Poskytování dodatečných služeb na komunitní úrovni**

5.7.6 Zhodnocení silných a slabých stránek systému financování dlouhodobé péče ve Švédsku

Tabulka 40: Silné a slabé stránky financování dlouhodobé péče ve Švédsku

+	-
<ul style="list-style-type: none"> • Vzhledem k významné podpoře na trhu práce nemá výrazný negativní dopad na ekonomickou aktivitu obyvatelstva – pečovatelé nemusí snižovat své úvazky nebo opouštět zaměstnání.¹⁴⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> • Není jasné, zda bude skandinávský univerzální model sociálního státu dlouhodobě udržitelný vzhledem k demografickému vývoji; vysoká závislost na daňových příjmech.
<ul style="list-style-type: none"> • Inovativní přístup k poskytování sociálních služeb s cílem maximální podpory poskytování péče v domácím prostředí, široké užití asistivních technologií. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Důraz na služby pro neformální pečovatelé s cílem podpory při poskytování péče, respitní služby a služby cílené přímo na neformální pečovatele. 	

5.7.7 Inspirace pro Českou republiku

- Rozšíření zaměstnaneckých výhod, aplikace principů flexicurity.
- Zavedení poradního orgánu, který by kontroloval kvalitu služeb a zjišťoval by, zda jejich činnost vede k naplnění vytyčených cílů.
- Zavedení asistivních technologií na přizpůsobení domácnosti potřebám poskytování péče.

¹⁴⁴ Podle výsledků dotazníkového šetření realizovaného v roce 2012 přibližně 8 % osob snížilo svůj pracovní úvazek v důsledku péče, 3 % přestala pracovat úplně. (Zdroj: JOHANSSON, Lennarth. *Care of older people in Sweden (working paper in progress)*. 2015.)

5.8 Dánsko¹⁴⁵

5.8.1 Základní popis systému financování dlouhodobé péče

Systém financování a poskytování sociálních služeb v Dánsku charakterizují následující atributy:

- Podobně jako ve většině severských států se v Dánsku používá **model státní odpovědnosti** za sociální zabezpečení, jehož součástí je dlouhodobá péče. Systém je téměř celý financován z daní (centrálních a lokálních).
- Centrální vláda (Ministerstvo pro mládež, genderovou rovnost, integraci a sociální věci) nese odpovědnost za stanovení základních principů dlouhodobé péče.
- Poskytování a financování dlouhodobé péče a sociálních služeb je **pravomoc municipalit** a financování pochází z **blokových grantů od centrální vlády a z lokálních daní**. Sociální služby jsou poskytovány přímo municipalitami, od roku 2003 i soukromými poskytovateli.
- V Dánsku neexistují monetární dávky na pořízení profesionální péče – profesionální péče a asistence je poskytována zdarma. V posledních letech je příspěvkem podporována neformální péče, historicky převládá podpora profesionální péče (z důvodu universálního přístupu), přičemž je podporována péče v domácím prostředí a v komunitě před institucionální péčí.
- Stálou asistenci v domácnosti může dostat každý občan bez ohledu na věk, příjem a majetek. Neexistují minimální nároky, a proto pomoc po posouzení dostane každý i v nejmenším rozsahu (cca 2 hodiny týdně).

Následující tabulka shrnuje hlavní benefity pro příjemce i poskytovatele dlouhodobé péče (formální i neformální) v Dánsku:

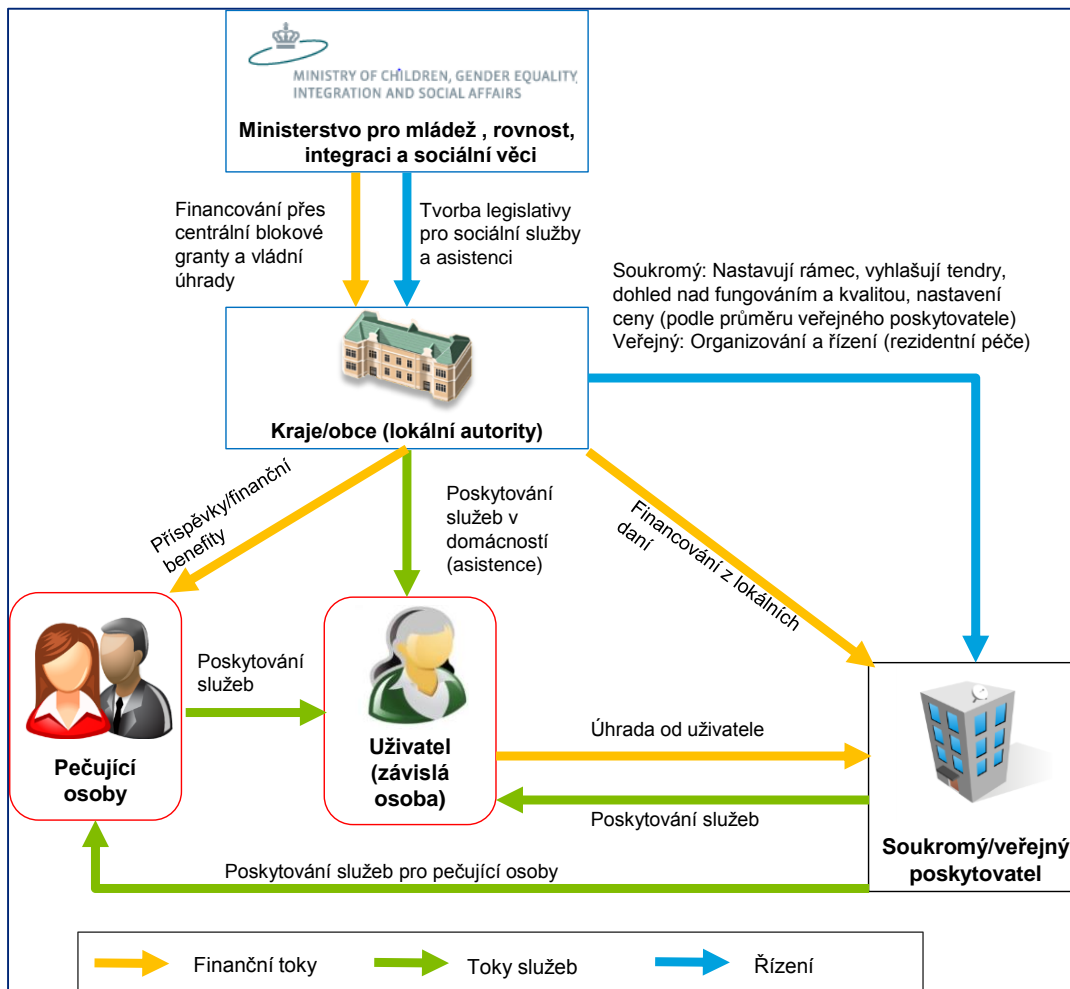
Tabulka 41: Benefity pro příjemce a poskytovatele dlouhodobé péče

Benefity				
	Finanční	Nefinanční	Zaměstnanecké	Ostatní
Formální péče	✓ Dotace na úhradu osoby, která pečuje o osobu doma ✓ Dotace na komunitní bydlení	✓ Pečovatelská služba ✓ Domácí pomoc		
Neformální péče	✓ Doplatek ušlé mzdy při péči o dítě ✓ Příspěvek na péči o umírající osobu ✓ Dotace na úhradu osoby, která pečuje o osobu doma	✓ Možnost využívat denní/noční stacionáře	✓ Pečovatelská dovolená ✓ Aplikace principů flexicurity (viz dále) ✓ Refundace zaměstnavatelům	✓ Dočasná nebo permanentní pomoc v domácnosti ✓ Respitní služba ✓ Case and care management

Na obrázku níže je schematicky zobrazen model financování sociální péče v Dánsku, který je následně detailně popsán.

¹⁴⁵ Informace v této kapitole jsou primárně čerpané z výstupů výzkumného projektu ANCIEN – Assessing Needs of Care in European Nations: *The Supply of Informal Care in Europe; The Long-Term Care System for the Elderly* a poskytnuté ze strany oslovených institucí, není-li uveden jiný zdroj.

Obrázek 7: Schéma organizace dánského systému financování dlouhodobé péče



V tabulce níže jsou zobrazené hlavní ukazatele popisující výše uvedený model financování dlouhodobé péče v Dánsku z hlediska struktury financování:

Tabulka 42: Hlavní ukazatele financování dlouhodobé péče v Dánsku

	Kategorie	Údaj Rok
Celkové výdaje na dlouhodobou péči (v % na HDP) ¹⁴⁶	celkové výdaje	4,5 % 2010
	veřejné/soukromé zdroje	Téměř 100 % z veřejných zdrojů 2010
	domácí/institucionální	3,0 % / 1,4 % 2010
Výše odvodů zaměstnance	% z hrubé mzdy	max. 2 % ¹⁴⁷ 2014

5.8.2 Struktura příjemců dlouhodobé péče

Následující tabulka shrnuje základní informace o počtu obyvatel nad 65 a 80 let, počtu opečovávaných osob dle způsobu poskytování péče a počet neformálních pečovatелů.

¹⁴⁶ THE NETHERLANDS INSTITUTE FOR SOCIAL RESEARCH. *Who cares in Europe: A comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European countries* (study). The Hague, 2014.

¹⁴⁷ TAX DENMARK. Understanding the tax and social security systém in Denmark. Dostupné z: <http://www.taxindenmark.com/article.65.html>

Tabulka 43: Počet příjemců dlouhodobé péče a neformálních pečovatелů

Kategorie		Údaj	Rok
Struktura populace v mil. osob (% z celkové populace) ¹⁴⁸	nad 65 let	1,03 mil. (18,3 %)	2014
	nad 80 let	0,23 mil. (4,1 %)	2010
Počet neformálních pečovatелů v mil. osob (% z celkové populace) ¹⁴⁹	Celá populace	0,52 mil (9,3 %)	2010
Počet opečovávaných osob ¹⁵⁰	V domácí péči	0,165 mil (3,1 %)	2007
	V institucionální péči	0,041 mil (0,7 %)	2007

5.8.3 Popis systému financování dlouhodobé péče včetně popisu finančních toků

Veřejné zdroje

Financování sociálních služeb probíhá na decentralizované úrovni, kde odpovědnost za řízení a zajišťování dlouhodobé péče nesou municipality (obce, okresy) jako lokální autority. Municipality mají povinnost implementovat politiku rozvoje dlouhodobé péče a rozhodují o alokaci zdrojů na zabezpečení a rozšiřování sociálních služeb. Celkový limit ročních výdajů samospráv je stanoven ve finanční dohodě s centrální vládou. Municipality rovněž plní řadu úkolů v oblasti zdravotnictví zahrnující např. domácí péči či rehabilitace. Hlavním zdrojem financování jsou lokální daně, což je také hlavní příjem lokálních autorit. Dalším významným zdrojem je blokový grant od centrální vlády pocházející z centrálních daní a distribuovaný lokálním autoritám. V Dánsku funguje ekvalizační schéma pro výdaje na dlouhodobou péči (tzv. Central reimbursement scheme) založené na principu, že efektivnější regiony mohou poskytnout ušetřené zdroje regionům, které měly výdaje vyšší než obvykle. Centrální vláda může výjimečně udělit dotaci pro konkrétní region, vznikla-li akutní potřeba rozšířit některou oblast sociálních služeb. Municipality mají povinnost rozlišovat mezi náklady spojenými s funkcí lokální řídicí autority a mezi náklady spjatými s poskytováním služby.

Podle Dánského statistického úřadu dosáhly výdaje v roce 2014 na kapitolu zdravotní postižení a rehabilitace výši 78,3 mld. DKK (€ 10,5 mld.)¹⁵¹, což je 4,33 % podíl na HDP (€ 242,3 mld.)¹⁵² bez částečných výdajů z jiných rozpočtových kapitol a spolufinancování od uživatelů.

Poplatky uživatelů

Podílejí se na celkových výdajích na sociální služby pouze 10 % podílem. Jsou nastavované pouze v limitované výši, protože lokální autority mají omezenou svobodu ve stanovení poplatků za domácí pomoc a výdaje nesouvisející se zdravím.

5.8.4 Strategické řízení

Řízení sociálních služeb

Základním zaměřením dánského systému dlouhodobé péče je uspokojování požadavků a potřeb starších osob (nad 65 let) a osob se zdravotním a mentálním postižením. Cílem systému je umožnění co nejdelšího setrvání v domácím prostředí pomocí poskytnutí patřičné asistence a finanční podpory. Asistence napomáhá opečovávané osobě vykonávat co nejrozsáhlejší množství úkonů. Finanční odpovědnost za dlouhodobou péči nese stát ve větší míře než rodina, která spíše vykonává praktické činnosti v domácnosti.

Ministerstvo pro mládež, genderovou rovnost, integraci a sociální věci je odpovědné za tvorbu legislativy v oblasti sociálních služeb a asistence. Lokální autority nesou odpovědnost za poskytování služeb a jejich výkon. Lokální autority mají povinnost poskytovat osobní péči a osobní pomoc, poskytovat formální péči v domácnosti, stejně

¹⁴⁸ THE NETHERLANDS INSTITUTE FOR SOCIAL RESEARCH. *Who cares in Europe: a comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European countries* (study). The Hague, 2014

¹⁴⁹ OECD Review. 2011.

¹⁵⁰ SCHULZ, Erika: *The Long-term Care in Denmark*. DIW. Berlin. Srpen 2010.

¹⁵¹ Propočteno kurzem 7,46 DKK/EUR průměr roku 2013. Statistiky dostupné z: <http://www.dst.dk/en/Statistik/emner/offentlige-finanser/sociale-udgifter-ESSPROS>

¹⁵² Propočteno kurzem 1,33 USD/EUR průměr 2013. Údaj o HDP dostupný z <http://www.tradingeconomics.com/denmark/gdp>

jako nabízet místa v institucionální péči, bez ohledu na to jsou-li nutně samy také poskytovatelem. Kontrola kvality služeb je ze strany lokálních autorit zajišťována inspekčními návštěvami realizovanými minimálně 2-krát ročně, z toho jednou bez ohlášení. Rada lokální autority je odpovědná za plánování kapacity a monitorování poskytování služby, přičemž může konzultovat způsob poskytování u soukromých poskytovatelů, pokud na ně přenesla výkon funkcí jinak zajišťovaných přímo lokální autoritou.

Poskytování sociálních služeb

Služby dlouhodobé péče jsou poskytovány veřejnými a od roku 2003 i soukromými poskytovateli. Podíl soukromých poskytovatelů na celkové nabídce služeb byl v roce 63 % v praktické asistenci a 41 % v osobní péči. Dohled nad kvalitou zabezpečují profesionální zaměstnanci lokálních autorit, hlavně profesionální pečovatelé se zdravotním vzděláním a víceletou praxí v poskytování osobní péče. Ačkoli je už většina poskytovaných služeb provozovaná soukromými poskytovateli, lokální autority zůstávají řídicími institucemi celého systému. Právě z tohoto hlediska je poskytnutí nějaké služby považováno za věcnou dávku, jelikož z Konsolidovaného zákona o sociálních službách vyplývá, že všechny osoby, které jsou rezidenty, mají rovný přístup k volbě poskytovatele a služby jsou poskytovány bez úhrady. Druhy poskytovaných služeb jsou popsány v kapitole Benefity. Úhrady od uživatelů jsou zavedené pouze u služby domácí pomoci v případě dočasného poskytování. V případě moderních obytných komplexů s uzavřenou péčí hradí uživatelé část nájmu.¹⁵³

Podle zákona o lokálních samosprávách (*Local government act*) mají municipality několik podmínek při výběru soukromého poskytovatele sociální služby. Lokální autority rozhodují, zda vyhlásí tendr nebo si vyberou poskytovatele bez veřejné soutěže, vymezují přesný rámec funkcí soukromého poskytovatele, nastavují cenu pro poskytovatele ve výši průměrných dlouhodobých nákladů a ukládají mu povinnost dodržovat stanovené standardy kvality (platí také pro veřejné poskytovatele).

Posuzování potřeby

Oprávněnost nároku na osobní péči a praktickou pomoc poskytovanou ze strany obce vzniká na základě hodnocení zdravotního a psychického stavu žadatele lokální autoritou.

Městská rada (obecní úřad/koncil) vykonává hodnocení u osob, které mají problém vykonávat běžné činnosti kvůli dočasnému nebo trvalému zhoršení fyzického či psychického zdraví na základě **konsolidačního zákona o sociálních službách (Serviceloven / Consolidation act on social services – CASS)**. Osobní a praktická asistence je přiznána na základě vyhodnocení stupně potřebnosti péče. Dánsko má sofistikovaný systém posuzování potřeby péče pro osoby vyžadující péči a zavedlo také klientské řízení pro starší osoby žijící v komunitách. U hodnocení nároku na sociální služby a institucionální péči už musí osoba dosahovat jistého stupně potřeby. Pro detailnější popis hodnocení viz kapitolu poskytované benefity – Case and care management.

5.8.5 Legislativní ukotvení

Konsolidační zákon o sociálních službách (Serviceloven / Consolidation act on social services – CASS) ustanovuje základní rámec dánské politiky pro starší občany, popisuje úlohy institucí (poradenství a prevence sociálních problémů), nabízí několik obecných sociálních služeb sloužících jako preventivní nástroj a zároveň pro uspokojení potřeb osob nemocných, mentálně a fyzicky postižených a jiných speciálních případů.¹⁵⁴ Zákon garantuje základní principy systému a definuje rovný přístup k službám pro všechny občany zdarma bez ohledu na ekonomickou aktivitu.

¹⁵³ Komplex pozůstává z oddělení části pečovatelských služeb od rezidenční části, takže péče je určena pouze pro uzavřenou společnost obyvatelů komplexu.

¹⁵⁴ *Consolidation Act on Social Services (CASS)*. Dostupné z: <http://sm.dk/en/files/consolidation-act-on-social-services-1.pdf>

5.8.6 Benefity v rámci poskytování dlouhodobé péče

Dostupné služby dlouhodobé péče

Dánský systém dlouhodobé péče poskytuje širokou paletu služeb. Hlavní úlohou sociálních služeb je zajistit, aby osoby závislé na péči jiné osoby dokázaly vést vlastní domácnost. Pokud se jim to nedaří, takové osoby se mohou přestěhovat do zařízení rezidenční péče nebo chráněných domovů. Dánsko ovšem už dlouhodobě upřednostňuje komunitní péči před institucionální. Sleduje cíl snižovat vysoký podíl výdajů systému dlouhodobé péče na HDP. Od roku 2003, díky reformě „volného výběru“, mají osoby možnost volit si mezi soukromým a veřejným poskytovatelem jak praktické pomoci, tak osobní péče. Soukromí poskytovatelé sociálních služeb musí dodržovat standardy kvality a v některých případech, v závislosti podle municipality, i cenové omezení. Konsolidační zákon o sociálních službách (CASS), plně implementovaný v roce 2010, poskytl možnost lokálním autoritám organizovat služby tím, že přidělí uživateli certifikát o službě a ten si může najímat (zaměstnat) vlastního pomocníka z řad individuálních osob nebo společností. Nabídka služeb v Dánsku je zaměřená na osobní služby (pomoc při vykonávání ADL) a praktické služby (pomoc při vykonávání IADL). Patří sem také adaptace na domácí bydlení, asistivní zařízení a pomoc v domácnosti

Domácí péče podporuje možnost závislé osoby v důchodovém věku zůstat ve vlastní domácnosti co nejdéle pomocí praktických a zdravotních služeb od dobrovolníka i profesionálního pečovatele. Služby pomoci v domácnosti zahrnují kromě jiného také technickou pomoc a nákup zboží dlouhodobé spotřeby, které přinesou výraznou úlevu pro osoby s omezenou funkční kapacitou a pro osoby s mentální a fyzickou poruchou náleží asistence s adaptací na domácí bydlení. Doplňková podpora je poskytována pro nutné dodatečné výdaje, které vznikají v důsledku omezení. Asistence je poskytována také na práce v okolí domácnosti a podporu při koupi automobilu, pokud to pomáhá udržet příjemce podpory v pracovním poměru, vzdělávání nebo ve společenském životě. Domácí péči poskytovanou pouze dočasně je nutno hradit ze zdrojů uživatele, permanentní péče je bez poplatku.

Institucionální péče funguje na principu volného výběru poskytovatele. Patří sem služby jako občanské rezidence, malé komunity, asistované bydlení a pečovatelské domy. Pečovatelské domy mohou být konvenční (velkokapacitní), jejichž založení v současné době už vůbec není podporováno, nebo dotované neziskové bydlení pro starší tvořené odděleným ubytovacím zařízením od prostor, kde se poskytují služby (close-care center). Za tato centra hradí uživatelé nájem, který může být rovněž dotován v závislosti na testovaném příjmu. Denní centra slouží osobám, které nemají zájem se stěhovat natrvalo. Konvenční pečovatelské domy, známé v našem prostředí jako domovy důchodců, jsou zpoplatněné.

Úleva/náhrada pro neformálního pečovatele představuje odlehčení pro pečující osobu formou denního/nočního stacionáře, dočasným pobytem v pečovatelském domově nebo náhradou profesionálním pečovatelem v domácnosti

Domácí pomoc je poskytovaná obcí nebo jinou lokální autoritou, případně soukromým subjektem (charita, dobrovolnické organizace nebo společnosti podnikající za účelem zisku). Nárok má téměř každý občan Dánska, úhrada se liší v závislosti od potřeby péče. Pokud osoba potřebuje péči pouze dočasně nebo v krátkých intervalech a nepravidelně, musí za ni platit. Pokud je osoba posouzená na jistý stupeň závislosti a poskytování domácí pomoci je nastaveno na permanentní bázi, uživatel nemusí hradit nic.

Finanční benefity

Podíl neformálních pečovatelů na celkové populaci je v Dánsku v porovnání s ostatními státy OECD podprůměrný¹⁵⁵. Neformální pečovatelé mají **nárok na úslou mzdu** během vykonávání péče ve formě příspěvku na péči. Lokální rada rozhoduje o přidělení PnP (care allowance) po lékařské prohlídce příjemce péče, která rozhodne, jestli se o danou osobu dá pečovat v domácnosti. Ne vždy obec ponechá možnost čistě neformální péče a nabízí pečujícím osobám možnost kombinace péče se službami (respitní péče, substituční pečovatel), které mohou být uděleny v rozsahu od několika hodin denně až po neustálou substituci za neformálního pečovatele, v závislosti na potřebách pečovatele a preferenci opečovávané osoby. Všechny typy podpory jsou hrazené ze strany municipality.

¹⁵⁵ JURCZAK, Kaszia: *EU's approach to LTC*. European Commission, Brussels, 2014

Dotace na úhradu osoby, která poskytuje péči osobě v domácnosti – jestli pečující osoba poskytuje svůj čas permanentně postižené nebo vážně nemocné osobě, má nárok stát se po dobu 6 měsíců zaměstnancem lokální autority jako asistent péče. Po dohodě se zaměstnavatelem je možné tuto dobu rozdělit na více kratších období, minimálně však 1 měsíc, a v případě vážných důvodů ještě prodloužit na další 3 měsíce.

Občanem kontrolovaná osobní asistence. Nový program, kdy obec dotuje pečující osobu, která obdržela certifikát od lokální autority k tomu, abych mohla být najímaná, resp. sama vstupovat do smluvních svazků s blízkou rodinnou, asociacemi nebo soukromými společnostmi ohledně péče o závislou osobu. Opečovávaná osoba si sama řídí péči a vystupuje jako zaměstnavatel.

Doplatek ušlé mzdy při péči o dítě. Příspěvek na péči o dítě v domácnosti ve výši ušlé hrubé mzdy, přiděluje se nejčastěji přímo rodičům. Jiné osoby blízké než rodiče mají mnohem nižší pravděpodobnost obdržet tuto dávku. Výše finanční pomoci je vypočtena na základě předešlé průměrné výše mzdy.

Příspěvek na péči o umírající osobu. Obdrží osoba, která se rozhodne pečovat o svého umírajícího rodinného příslušníka, má nárok na příspěvek až v momentě, kdy opustí zaměstnání. Výše příspěvku koresponduje s 1,5 násobkem nemocenské dávky.

Podpora pečujících na trhu práce

Aplikace principů **Flexicurity** – obdobně jako ve Švédsku.

Refundace zaměstnavatelům. Zaměstnanci soukromého i veřejného sektoru mají právo vzít si dovolenou v situaci, kdy jim umírá blízká osoba. Zaměstnavatel, který jim nadále poskytuje mzdu, má možnost si refundovat náklad na mzdu ve výši pečovatelského poplatku.



Další nástroje podpory

Respitní služba. Pokud poskytování neformální péče dělá člověku potíže např. koordinace péče a pracovního života, lokální autorita nabízí náhradu (pečovatele), nebo poskytuje respitní péči a finanční příspěvek na paliativní péči. Za jistých okolností může obec zaměstnat blízkou osobu po dobu maximálně 6 měsíců jako pečovatele.

Case and care management. Každý občan Dánska starší než 75 let je oprávněný na 2 návštěvy ročně (nad 65 alespoň jednou ročně) od **case managera**, který je zaměstnancem municipality a vyhodnocuje individuální potřeby osoby. **Case managerem** bývají většinou profesionální pečovatelé, kteří absolvují 2 týdenní kurz posuzování. Ministerstvo nařizuje municipalitám, aby organizovaly preventivní návštěvy v domácnostech starších osob, ale nedefinuje způsob hodnocení stavu osoby během návštěvy. Nejčastěji se používá Barthelův index pro hodnocení funkčních omezení. Dále se hodnotí spokojenost se životem, blaho, podmínky v domácnosti, možnosti sebeurčení a také ze zdravotního hlediska se vyhodnocuje nutná medikace, rehabilitační podpora, vizity a doporučení na vhodné specialisty, kteří odpovídají zdravotním potížím osoby. Pokud má hodnocený klient zájem o využívání profesionální péče, po podání žádosti mu **care manager** na základě hodnocení vypracuje smluvní specifikaci municipalitou nabízených služeb. Žadatel neobdrží speciální stupeň závislosti, ale klasifikuje se do kontinuální závislosti dle individuálních potřeb. Pokud s nabídkou nesouhlasí, může se odvolat na municipalitu. Městská rada musí všechny žadatele informovat o nabídce služeb v navrženém plánu, proto by měl být plán vypracován za přítomnosti jak žadatele, tak care managera.

5.8.7 Zhodnocení silných a slabých stránek systému financování dlouhodobé péče v Dánsku

Tabulka 44: Silné a slabé stránky financování dlouhodobé péče v Dánsku

	
<ul style="list-style-type: none">Široká paleta služeb, alternativní způsoby podpory péče v domácnosti.	<ul style="list-style-type: none">Plánování sociálních služeb na úrovni samosprávy je příčinou velké rozdílnosti poskytovaných služeb mezi regiony
<ul style="list-style-type: none">Rovnost a volnost při výběru služby, podpora ze strany lokální autority a téměř nulové náklady na využívání služeb pro uživatele.	<ul style="list-style-type: none">Stále nízký počet neformálních pečovatelů (silná institucionální péče přetrvává z minulosti)Vysoké výdaje z důvodu nízké finanční spoluúčasti uživatelů na nákladech

Inspirace pro Českou republiku



- Model financování sociálních služeb a dlouhodobé péče používaný v Dánsku by bylo v České republice náročné aplikovat v z důvodu výše daňového zatížení.
- Inspirace by bylo možné čerpat například ve výši lokálních daní (přerozdělování daní) a pravomocí krajů při řízení, organizování, poskytování apod.
- Z vyšší subsidiarity by kraje mohly mít vyšší daňové příjmy a lepší možnosti při organizaci struktury poskytovatelů sociálních služeb.
- Rozšíření dosavadní podporu neformálních pečovatelů - zavedení některých ze široké škály opatření na podporu péče v domácnosti pro opečovávané osoby i neformální pečovatele – podpůrné služby (respitní a paliativní služby¹⁵⁶ a praktická pomoc v domácnosti), služby domácí péče, která může být organizována dobrovolníky, nebo například také pečovatelská dovolená, která je podporována systémem flexicurity.



¹⁵⁶ Respitní služby v Dánsku zahrnují nad rámec respitních služeb poskytovaných v ČR např. přestávky při poskytování péče nebo vzdělávání za cílem zlepšení péče.



5.9 Doporučení identifikovaná na základě analýzy nejlepší praxe financování dlouhodobé péče v zahraničí a posouzení aplikovatelnosti v podmínkách ČR





Následující tabulka obsahuje shrnutí hlavních aspektů financování dlouhodobé péče v analyzovaných zemích včetně vyhodnocení možnosti jejich implementace v podmínkách ČR.





Tabulka 45: Doporučení vhodnosti implementace vybraných aspektů systémů financování dlouhodobé péče v analyzovaných zemích do podmínek ČR



Č	Doporučení (Aspekt)	Země	Současná situace v ČR	Doporučení pro využití v návrhu	Přínosy	Rizika implementace v podmínkách ČR
Způsob financování						
1	Financování dlouhodobé péče z povinného pojištění odváděného z hrubé mzdy	Německo Rakousko Nizozemí	Není zavedeno. Dlouhodobá péče je v ČR financovaná z více zdrojů, a to zejména ze zdrojů státního rozpočtu, již jsou distribuovány na úrovni MPSV (příspěvky na péči) a krajů (vyrovnávací platby zařízením sociální péče), rozpočtů obcí a krajů (prostřednictvím příspěvku zřizovatele zařízením sociální péče), jejichž výše je upravena v zákoně a sociálních službách a prováděcím právním předpisu, zdravotního pojištění (na pokrytí zdravotních úkonů poskytovaných v zařízeních sociální péče) a dalších zdrojů (zejména evropské fondy, církev, neziskové organizace). Samostatný institut pojistného na dlouhodobou péči v ČR není zaveden.	Ano  Nutno zohlednit rizika spojená s implementací.	<ul style="list-style-type: none"> Okamžité a dlouhodobé zvýšení prostředků na sociální péči. Mimo jiné možnost realizace systémových opatření spojených s iniciálními investicemi vedoucích ke snížení nákladů na dlouhodobou péči v budoucnosti (např. implementace asistivních technologií, podpora prevence, zavedení komplexního přístupu k posuzování zdravotních a sociálních potřeb (case and care management) atd.) 	<ul style="list-style-type: none"> Obecná rizika spojená s implementací systémové změny (iniciální náklady na zavedení, nastavení systému, politická průchodnost, legislativní změny, organizační zajištění, IT podpora atd.). Neochota zvyšování odvodů na straně zaměstnavatelů, zaměstnanců a OSVČ. Sazba pojistného nebude nastavena efektivně a nebude postačovat k pokrytí potřeb dlouhodobé péče.
2	Zapojení lokálních daní do financování dlouhodobé péče. Poskytování dodatečných financí ze strany obcí nebo krajů.	Švédsko Dánsko	Částečně zavedeno. Kraje a obce v současné době financují z prostředků krajských/obecních rozpočtů dlouhodobou péči poskytovanou pouze v zařízeních zřízených krajem nebo obcí. Na rozdíl od analyzovaných zemí kraje/obce z vlastních rozpočtů nee poskytují dodatečné finanční dávky závislým osobám nebo neformálním pečovateli.	Částečně  Není doporučováno nad rámec současného zatížení, lze realizovat pouze v případě navýšení krajských/obecních rozpočtů nebo restrukturalizací současných výdajů na sociální služby.	<ul style="list-style-type: none"> Zvýšení prostředků na systémové projekty sociální péče realizované na regionální úrovni. 	<ul style="list-style-type: none"> V současnosti již probíhá – formou příspěvků zřizovatelů jsou financované instituce poskytující sociální péči zřízené obcemi a kraji. Nedostatek prostředků v krajských/obecních rozpočtech – Zvýšení zatížení krajských a obecních rozpočtů (např. na financování systémových a inovativních projektů) bez navýšení rozpočtových příjmů, resp. realizaci úspor není doporučováno, lze realizovat pouze v případě snížení jiných nákladů (např. snížení příspěvků zřizovatele registrovaným poskytovatelům





Č	Doporučení (Aspekt)	Země	Současná situace v ČR	Doporučení pro využití v návrhu	Přínosy	Rizika implementace v podmínkách ČR
3	Stanovení maximální výše pobíraných sociálních dávek	Velká Británie	Není zavedeno.	Ano  Nutno zohlednit rizika spojená s implementací.	<ul style="list-style-type: none"> • Dlouhodobé úspory systému. 	<p>sociálních služeb, tato změna by ale musela být kompenzována nahrazením zdrojů financování).</p> <ul style="list-style-type: none"> • V případě nedostatečné koordinace ze strany MPSV existuje riziko zvyšování meziregionálních rozdílů. • Realizace zásadních úprav systému přidělování sociálních dávek bude spojená s řadou rizik při implementaci – nastavení systému, politická průchodnost, nepřijatelnost ze strany občanů, legislativní změny, iniciální náklady na zavedení, organizační zajištění, IT podpora atd. • Riziko vysokých administrativních nákladů spojených se zavedením a zajišťování sledování výše pobíraných dávek, případně posuzování výše majetku/úspor. • V případě neoptimálního (příliš přísného) nastavení existuje riziko, že poskytované dávky nepokryjí potřeby péče osob závislých na péči.
4	Diferenciace výše PnP v závislosti od příjmu a majetku domácnosti / pečovatele / opečovávané osoby (testování dávek)	Švédsko Dánsko Nizozemí	Není zavedeno. V současné době se při přiznávání PnP nehodnotí výše příjmu a majetku posuzované osoby, případně jeho rodinných příslušníků. Není zohledněna skutečnost, že senior měl možnost si na budoucí čerpání péče našetřit, osoba postižená od narození nikoliv.	Částečně  Nutno zohlednit rizika spojená s implementací.	<ul style="list-style-type: none"> • Dlouhodobé úspory systému. • Výše příspěvku bude více reflektovat finanční situaci opečovávané osoby, případně její rodiny. 	<ul style="list-style-type: none"> • Obecná rizika spojená s implementací systémové změny. • Existuje riziko, že diferenciací PnP bude vnímána diskriminačně (za stejnou práci by pečující dostávali PnP v různé výši) a vedla by k poklesu ochoty pečovat doma u osob, jimž by byl PnP snížen. • Riziko vysoké administrativní zátěže spojené s posuzováním výše majetku/příjmu. • Riziko zkrakování údajů o majetku/příjmu (např. převádění majetku na děti atd.)





Č	Doporučení (Aspekt)	Země	Současná situace v ČR	Doporučení pro využití v návrhu	Přínosy	Rizika implementace v podmínkách ČR
Finanční benefity						
5	Přímá podpora – dávky vyplácené přímo neformálním pečovatélům	Švédsko Velká Británie Dánsko	Není zavedeno. Výplata dávek PnP se váže na závislou osobu, případně je vyplácena zařízením poskytujícím dlouhodobou péči. V současné době nejsou zavedeny dávky pro neformální pečovatele.	Částečně 	<ul style="list-style-type: none"> • Vyšší motivace neformálního pečovatele poskytovat péči. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nejeví se jako nezbytné v případě zachování PnP, zavedení zaměstnaneckých benefitů a podpoře ekonomické aktivity pečovatelů. • Existuje riziko, že v případě pobírání dávkou pečovatelem bez zajištění adekvátní kontroly poskytování neformální péče nebude poskytována péče v požadovaném rozsahu.
6	Zavedení věcných dávek. Diferenciace výše dávek a věcné dávky v závislosti od způsobu poskytované péče.	Německo Nizozemí Švédsko Dánsko Rakousko	Částečně zavedeno. Současné pojetí věcných dávek představuje poskytování dlouhodobé péče formou pobytových, terénních nebo ambulantních služeb. Poskytování hmotných dávek, např. v podobě zdravotních pomůcek, plen nebo přizpůsobení domácnosti potřebám poskytování péče, není systematicky zavedeno. Způsob využití PnP je monitorován na úrovni kraje, přičemž neexistuje jednotný přístup ke stanovení možností využití PnP a kontrole jeho využití.	Částečně  Zavedení hmotných dávek pro domácí péči Úprava stávajícího systému – dodatečnou podporu registrovaných poskytovatelů sociální péče vázat na počet klientů, příp. dní poskytování péče (kapitační platba)	<ul style="list-style-type: none"> • Zavedení kapitačních plateb za služby poskytované registrovanými poskytovateli bude vést ke zvýšení transparentnosti financování registrovaných poskytovatelů služeb sociální péče a ke sjednocení podmínek pro poskytovatele. • Transparentní výše úhrad pro poskytovatele bude vést k optimalizaci rozsahu poskytovaných služeb (budou poskytované pouze služby určené pro osobu v daném stavu, nebudou poskytované služby nad rámec potřebných služeb). • Lze využít jako instrument pro podporu preferovaného typu péče – v závislosti od toho stanovit rozdíl mezi finanční a věcnou dávkou. • V případě hmotných dávek v rámci domácí péče lze zvýšit kvalitu poskytované péče, případně snížit riziko, že péče nebude zajištěna. 	<ul style="list-style-type: none"> • V zásadě je zavedeno – v případě využívání institucionální péče jsou náklady částečně pokryté formou dotace ze státního rozpočtu, případně příspěvkem zřizovatele. • S úpravou systému – zavedením kapitačních plateb – jsou spojená obecná rizika implementace systémové změny. • Rozdílná nákladnost služeb napříč zařízeními, pro optimální fungování vedoucí k zefektivnění financování systému je klíčové vhodné nastavení výše úhrad za služby v jednotlivých typech zařízení zohledňující velikost, lokalitu a další aspekty mající vliv na nákladnost poskytovaných služeb.

Č	Doporučení (Aspekt)	Země	Současná situace v ČR	Doporučení pro využití v návrhu	Přínosy	Rizika implementace v podmínkách ČR
7	Diferenciace výše PnP v závislosti od socio-ekonomického statusu příjemce péče, předpokládané délky trvání péče (dítě, senior, osoba v terminálním stadiu), případně od potřebnosti péče (reagující na specifické nemoci / situace – např. demence)	Navrhované v Německu	Částečně zavedeno. Diferenciace výše PnP v ČR probíhá na bázi posuzování stupně závislosti (1-4) dle schopnosti vykonávat jednotlivé aktivity běžného života (ADL). Výše PnP je rovněž diferenciována v závislosti od věku (do 18 let, nad 18 let). V současné době na výši PnP nemají vliv další faktory, jako je typ nemoci (specifický případ např. demence), bytové podmínky, předpokládaná délka trvání péče a další okolnosti mající vliv na rozsah potřebné péče.	Částečně 	<ul style="list-style-type: none"> Přizpůsobení výše dávek bude více reflektovat skutečné potřeby péče za současného zohlednění dalších okolností ovlivňujících výši příjmů opečovávaných osob (např. U seniora lze předpokládat příjem v podobě důchodu nebo invalidního důchodu, majetek a úspory získané v průběhu ekonomicky aktivního života). Optimalizace využití finančních prostředků na podporu dlouhodobé péče. 	<ul style="list-style-type: none"> Komplexní systém diferenciace bude náročný z hlediska nastavení parametrů determinujících výši PnP. Zavedení vyžaduje úpravu systému posuzování a stanovování výše příspěvku. Obecná rizika spojená s implementací systémové změny.
8	Přechodový příspěvek – před přiznáním PnP	Německo	Není zavedeno. V případě vzniku potřeby poskytování péče a nedostatku vlastních finančních prostředků se po dobu trvání řízení o přiznání PnP osoba dostává do finanční tísně.	Ano 	<ul style="list-style-type: none"> Eliminace současného negativního stavu, kdy v případě vzniku náhlé potřeby péče může v průběhu nyní zdlouhavého procesu přiznání dávek dojít k finanční krizi v rodině. 	<ul style="list-style-type: none"> Zvýšení nároků na státní rozpočet. Riziko vymáhání, případně nutnosti odpisů v případě nevyvození v případě následného nepřiznání PnP.
Zaměstnanecké benefity						
9	Zaměstnání neformálních pečovatелů. Vyplácení odměny neformálního pečovatele formou tržní mzdy.	Švédsko	Není zavedeno. Zaměstnávání neformálních pečovatелů obdobné k zaměstnávání profesionálních pečovatелů ze strany státu nebo závislých osobn není v ČR zavedeno.	Ne 	<ul style="list-style-type: none"> Povede k výraznému zvýšení motivace neformálních pečovatелů a řešení nepříznivé finanční situace. 	<ul style="list-style-type: none"> V podmínkách ČR se nejeví jako vhodné zaměstnat neformálního pečovatele obcí/krajem z důvodu nedostatku prostředků v rozpočtech krajů/obcí na realizaci tohoto opatření.
10	Doplatky na ušlou mzdu při neúplných úvazcích	Dánsko	Není zavedeno. Zaměstnávání neformálních pečovatелů, např. formou dočasné dovolené, po dobu které by byla vyplácena část mzdy, není systematicky státem prosazováno.	Ne  Opatření by bylo možné realizovat pouze v případě, že by následně po návratě do zaměstnání byla mzda o příslušnou část krácena.	<ul style="list-style-type: none"> Zvýšení motivace neformálních pečovatелů. 	<ul style="list-style-type: none"> V případě, že by doplatky vyplácel zaměstnavatel, jednalo by se o velkou finanční zátěž pro zaměstnavatele a potažmo neochotu přijetí tohoto opatření ze strany zaměstnavatelů. Doplatky vyplácené ze strany státu by měly dopad na zvýšení nároků na státní rozpočet. Obecná rizika spojená s implementací systémové změny.

Č	Doporučení (Aspekt)	Země	Současná situace v ČR	Doporučení pro využití v návrhu	Přínosy	Rizika implementace v podmínkách ČR
11	Pečovatelská dovolená (placená – hrazená ze strany zaměstnavatele / neplacená – hrazená formou podpory v nezaměstnanosti nebo ze sociálního pojištění)	Průřezově	Není zavedeno. Pečovatelská dovolená, již by byla obdobou mateřské nebo rodičovské dovolené, není zákonem ukotvena. Rozhodnutí o možnosti poskytnutí pečovatelské dovolené je v kompetenci zaměstnavatele.	Ano 	<ul style="list-style-type: none"> Povede k výraznému zvýšení motivace neformálních pečovatelů. Řešení situace, kdy je o blízkého potřeba pečovat pouze dočasně, případně při náhlém vzniku nepříznivé situace. 	<ul style="list-style-type: none"> Pro optimální fungování a dosažení požadovaných přínosů je klíčové vhodné nastavení délky a nároku na přiznání dovolené a způsobu financování (zda bude hradit zaměstnavatel / stát atd.). Neochota zaměstnavatelů v případě hrazení dovolené ze strany zaměstnavatele, případně v případě stanovení dlouhé doby, po níž bude možné čerpat dovolenou. Obecná rizika spojená s implementací systémové změny.
12	Poradenství od zaměstnavatele pro pečující zaměstnance + zaměstnanecké benefity	Velká Británie Německo Švédsko	Není zavedeno. Za strany státu není koordinován a systematicky řízen přístup zaměstnavatelů k neformálním pečovatelům ve vztahu k poskytování zaměstnaneckých benefitů a poradenství.	Ano 	<ul style="list-style-type: none"> Aktivní zapojení zaměstnavatelů povede k podpoře a zvýšení motivace neformálních pečovatelů. 	<ul style="list-style-type: none"> Neochota ze strany zaměstnavatelů, nutnost motivace zaměstnavatelů (kompenzace), případně donucení (stanovení povinnosti v rámci zákona).
13	Flexicurity – vysoká flexibilita pracovních úvazků v kombinaci s vysokou ochranou v nezaměstnanosti	Dánsko Švédsko	Není zavedeno. Podpora zaměstnávání neformálních pečovatelů na trhu práce včetně motivace zaměstnavatelů není systematicky řešena a legislativně ukotvena.	Ano 	<ul style="list-style-type: none"> Zvýšení motivace k neformální péči vzhledem k eliminaci nutnosti opustit zaměstnání. Flexibilnější a méně striktní pravidla pro přijímání a propuštění zaměstnanců (krátkodobé úvazky). Vzdělávání nezaměstnaných dle potřeby trhu. 	<ul style="list-style-type: none"> Obecná rizika spojená s implementací komplexní systémové změny. Ochrana na trhu práce a aktivní politika zaměstnanosti je vysoce nákladná. Není aplikovatelné pro všechny profesní skupiny.
Podpora při poskytování služby						
14	Daňový odpočet při poskytování péče	Navrhované v Německu	Není zavedeno.	Částečně 	<ul style="list-style-type: none"> Snížení daňových odvodů neformálním pečovatelům – zlepšení finanční situace a zvýšení motivace k poskytování neformální péče. Snížení ceny nakupovaných pomůcek nebo nákladů na péči 	<ul style="list-style-type: none"> Rizika spojená se změnou legislativy. Nesrozumitelnost úkonu a časová náročnost pro osoby vytižené pečováním

Č	Doporučení (Aspekt)	Země	Současná situace v ČR	Doporučení pro využití v návrhu	Přínosy	Rizika implementace v podmínkách ČR
15	Care and case management – nastavování individuálních plánů péče, vizity v domácnosti, přizpůsobení péči	Průřezově	Není zavedeno. Neexistence komplexního posouzení individuálních potřeb na zdravotní a sociální služby. Neexistence koordinovaného přístupu k poskytování zdravotních a sociálních služeb včetně proškolení a podpory rodinných příslušníků.	Ano  Posuzování potřeb by mělo být prováděno týmem složeným z odborníků na zdravotní a sociální péči. Kontaktním místem pro koordinaci by měl být pracovník obce.	<ul style="list-style-type: none"> Zavedení komplexního přístupu k zdravotním a sociální potřebám závislých osob přinese v dlouhodobém horizontu výrazné úspory ve výdajích na zdravotní i sociální služby. Komplexní přístup k zdravotním i sociálním potřebám jednotlivce, zamezení duplicitně poskytovaných služeb a ne zcela potřebných služeb, zvýšení spokojenosti jednotlivce vedoucí ke zlepšení jeho stavu. Podpora pečujících osob – v současné době dělá většina pečujících maximum, ale bez patřičné podpory a vzdělání se nemusí cítit kvalifikovaní k poskytování péče, případně poskytovaná péče nemusí být taková péče, kterou opečovávaná osoba vyžaduje. Povede k poskytování takové zdravotní a sociální péče, kterou jednatlivec skutečně potřebuje. 	<ul style="list-style-type: none"> Iniciální náklady na zavedení systému. Pro optimální fungování a dosažení požadovaných přínosů je klíčové vhodné nastavení systému „case and care management“ z hlediska postupů, zapojených organizací, vazeb na procesy stanovení výše PnP a poskytování sociálních a zdravotních služeb. Obecná rizika spojená s implementací komplexní systémové změny.
16	Komunitní přístup – např. sdílení neformálních pečovatelských domů (nursing homes)	Německo Švédsko Dánsko	Částečně zavedeno. V současné době probíhá transformace poskytování sociálních služeb s cílem přesunu poskytování péče v institucích (zařízeních) na péči poskytovanou v domácnostech a na komunitním principu. Prostor pro další rozvoj na základě aplikace dobré praxe v oblasti komunitní péče v zahraničí.	Ano 	<ul style="list-style-type: none"> Optimalizace nákladů na sociální péči – nižší náklady než v případě individuálního poskytování péče. 	<ul style="list-style-type: none"> V případě nedostatečného sledování kvality poskytované péče existuje riziko neposkytování péče v požadovaném rozsahu, případně nízká kvalita poskytované péče.

Č	Doporučení (Aspekt)	Země	Současná situace v ČR	Doporučení pro využití v návrhu	Přínosy	Rizika implementace v podmínkách ČR
17	Podpora asistivních technologií při poskytování domácí péče	Průřezově	Není zavedeno. Neexistence systematické podpory zavádění asistivních technologií, např. za účelem přizpůsobení domácnosti potřebám poskytování péče, nebo v rámci poskytování terénních sociálních služeb.	Ano 	<ul style="list-style-type: none"> Zavedení asistivních technologií v rámci prevence i poskytování péče přinese v dlouhodobém horizontu výrazné úspory ve výdajích na zdravotní i sociální služby. Dopad jednotlivých asistivních technologií na stav jednotlivců lze systematicky měřit a vyhodnocovat. 	<ul style="list-style-type: none"> Iniciální investiční náklady. Pro optimální fungování je klíčové nastavení způsobu přiznávání a využívání asistivních technologií a výběr vhodných technologií k podpoře z hlediska ekonomické efektivity a očekávaných přínosů. Riziko neoptimálního nastavení přidělování a kontroly využívání asistivních technologií.
18	Vytvoření speciálního fondu na financování systematických projektů	Velká Británie Rakousko	Není zavedeno. Systematické projekty jsou v současné době financované z prostředků státního rozpočtu nebo z projektů financovaných z evropských fondů. Realizace systematických projektů není vzájemně koordinována, výstupy nejsou sdíleny.	Ano 	<ul style="list-style-type: none"> Samostatně stojící fond mimo centrálního, nebo lokálního rozpočtu, který z určených zdrojů na programové období financuje může financovat rozvojové projekty nebo pilotní projekty v rámci dlouhodobé péče 	<ul style="list-style-type: none"> Obecná rizika spojená s implementací systémové změny Zkušenosti s vytvářením fondů v ČR nejsou příliš pozitivní
19	Institut náhradní péče, výpomoc v domácnosti	Dánsko Holandsko	Částečně zavedeno Respitní služby v ČR fungují, nicméně existuje potenciál pro jejich rozšíření, např. ukotvení nároku na přestávku při poskytování péče nebo vzdělávání za cílem zlepšení péče na bázi individuálního přístupu.	Ano 	<ul style="list-style-type: none"> Pomoc neformálním pečovateli, podpora při poskytování neformální péče. 	<ul style="list-style-type: none"> Obecná rizika spojená s implementací systémové změny.
Informační podpora						
20	Servicestellen – kontaktní místo municipalit poskytující propojení poptávky s nabídkou sociálních služeb, příp. zprostředkování kurzů vzdělávání	Německo Dánsko Švédsko	Částečně zavedeno. V poslední době jsou realizována opatření vedoucí k zavedení koordinátora sociálních služeb na úrovni obce, který by plnil roli kontaktního místa pro občany dané obce. V této oblasti je klíčové stanovení jeho role, vymezení minimálního rozsahu poskytované informace a zajištění koordinace činnosti těchto pracovníků napříč kraji.	Ano 	<ul style="list-style-type: none"> Podpora neformálních pečovateli i opečovávaných osob – poskytování informací potřebných pro optimální poskytování sociální péče. 	<ul style="list-style-type: none"> Obecná rizika spojená s implementací systémové změny. Pracovníci obecních nebo krajských úřadů nebudou dostatečně proškoleni k poskytování informací potřebných pro přijetí kvalifikovaného rozhodnutí. Možnost využití kontaktních míst nebude dostatečně komunikována, občané nebudou vědět, že mohou tyto služby využít. Neбудou zajištěny finanční prostředky na činnost a personální obsazení

Č	Doporučení (Aspekt)	Země	Současná situace v ČR	Doporučení pro využití v návrhu	Přínosy	Rizika implementace v podmínkách ČR
						kontaktních míst. <ul style="list-style-type: none"> Činnost kontaktních míst napříč kraji nebude koordinována, nebude stanoven minimální rozsah aktivit, které mají kontaktní místa zajišťovat.
21	Zvyšování povědomí o situaci neformálních pečovatелů napříč zaměstnavateli a veřejností	Průřezově	Částečně zavedeno. Informovanost o situaci a povědomí neformálních pečovatелů zajišťují zejména dobrovolné a církevní organizace, propagace není zajišťována na národní úrovni (v rámci MPSV).	Ano 	<ul style="list-style-type: none"> Zlepšení společenského postoje k neformálním pečovatелům. Zvýšení motivace neformálních pečovatелů k poskytování péče svým blízkým. 	<ul style="list-style-type: none"> Riziko selhání komunikační kampaně – kampaní nebudou zasaženy cílové skupiny – zaměstnavatelé a široká veřejnost.
Vzdělávání						
22	Vzdělávací kurzy pro neformální pečovatele	Průřezově	Částečně zavedeno. Potřeby neformálních pečovatелů v oblasti vzdělávání pro zlepšení péče nejsou systematicky mapované a nejsou podkladem pro vytvoření nabídky vzdělávacích kurzů.	Ano 	<ul style="list-style-type: none"> Pomoc neformálním pečovatелům, podpora při poskytování neformální péče. 	<ul style="list-style-type: none"> Nedostatečná informovanost o realizaci vzdělávacích kurzů. Organizační rizika – nebudou zajištěni lektoři, případně účastníci školení. Zaměření školení nebude odpovídat potřebám cílové skupiny, případně kvalita školení bude nízká.
23	Contact days – vzdělávací kurzy spojené s dovolenou u zaměstnavatelů	Velká Británie	Není zavedeno. Vzhledem k neexistenci systematického přístupu k podpoře neformálních pečovatелů na trhu práce není zavedeno.	Ne 	<ul style="list-style-type: none"> Pomoc neformálním pečovatелům, podpora při poskytování neformální péče. Zvýšení motivace neformálních pečovatелů. 	<ul style="list-style-type: none"> Riziko neochoty ze strany zaměstnavatelů, kteří již budou zatíženi jinými benefity.
Legislativní ukotvení						
24	Legislativní ukotvení neformální péče	Průřezově	Není zavedeno. Podpora neformálních pečovatелů i vzhledem k neexistenci strategie v této oblasti na národní úrovni není ukotvena v zákoně o sociálních službách a vyhlášce, případně není upraven v samostatném prováděcím právním předpisu.	Ano 	<ul style="list-style-type: none"> Zlepšení postavení neformálních pečovatелů ukotvené v zákoně nebo prováděcím právním předpisu. 	<ul style="list-style-type: none"> Rizika spojená se změnou legislativy – politická průchodnost, prodlení nebo selhání legislativního procesu, úpravy nebudou zapracované v požadovaném rozsahu nebo budou pozměněné.

Závěr

Na základě analýzy zahraničních zkušeností byla identifikována opatření vedoucí k zajištění dodatečných zdrojů financování dlouhodobé péče.

Řada opatření směřuje na zvýšení efektivity a nákladovou optimalizaci současného způsobu poskytování dlouhodobé péče. Výrazné úspory lze zrealizovat přesunutím poskytování dlouhodobé péče ze zařízení do domácností klientů. Stimulací k přesunu jsou opatření ke zvýšení motivace neformálních pečovatelských pracovníků poskytovat péči v domácnostech. Vzhledem k absenci systematické podpory neformálních pečovatelských pracovníků na trhu práce doporučuje Zpracovatel v první řadě zavést opatření zaměřená na podporu jejich setrvání v zaměstnání, případně možnosti získání zaměstnání rozšířením flexibilních pracovních úvazků. Klíčovou roli v oblasti poskytování péče v domácnosti má zajištění informovanosti o možnostech využití péče a vzdělávání s cílem zvýšení kvality péče.

Systematická opatření umožňující výrazné navýšení zdrojů financování dlouhodobé péče, mezi které patří pojištění na dlouhodobou péči, se vyznačují vysokou náročností implementace a rizikem neochoty zavedení ze strany zaměstnanců i zaměstnavatelů, jež bude mít výrazný negativní vliv při rozhodování o zavedení ze strany vládních činitelů. Z tohoto důvodu doporučuje Zpracovatel potřebu řešení financování dlouhodobé péče důrazně komunikovat a v realizaci se zaměřit na dílčí opatření vedoucí k zefektivnění využití finančních prostředků při poskytování dlouhodobé péče.

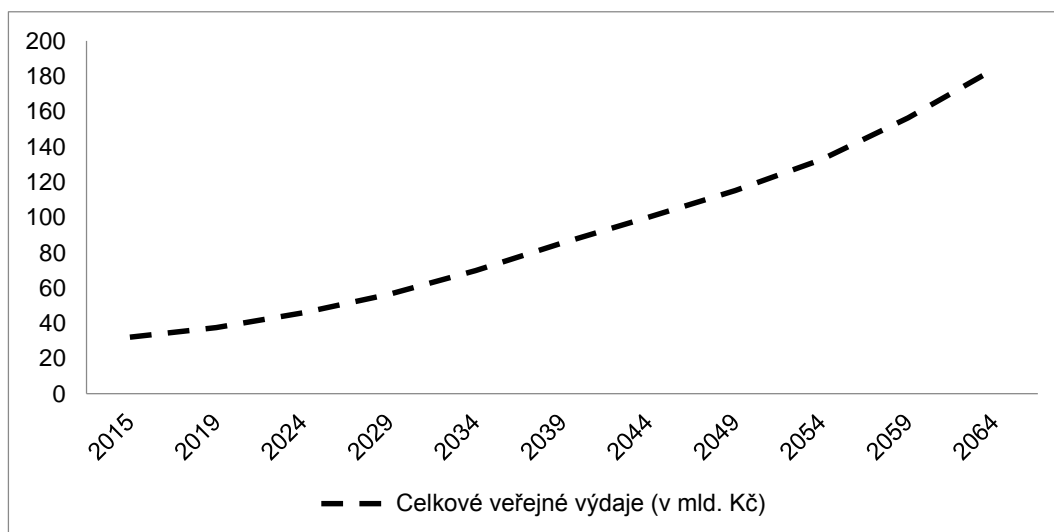
Doporučení vycházející z analýzy zahraničních zkušeností jsou vstupem do návrhové části.

6 Popis a srovnání variantních způsobů financování osob závislých a systému sociálních služeb a jejich uplatnitelnosti v podmínkách ČR

6.1 Modelování – metodická část

Systém služeb péče si s ohledem na nepříznivý vývoj demografické struktury obyvatelstva ČR v příštích letech vyžádá stále rostoucí výdaje, které jsou v současné době z téměř 74 % financovány z veřejných rozpočtů. Při zachování stávajících právních předpisů lze očekávat v dlouhodobém výhledu následující veřejné náklady na financování služeb péče.

Graf 40: Dlouhodobý výhled veřejných výdajů na sociální služby (v mld. Kč)



Byla provedena analýza dopadů tří zadaných variant financování systému péče z pohledu státního rozpočtu, a to

- Financování formou povinného veřejného pojištění
- Financování formou povinného soukromého pojištění (spoření)
- Financování formou kombinace veřejného a soukromého pojištění

Pro analýzu dopadů zavedení opatření zvažovaných MPSV a jednotlivých opatření identifikovaných v rámci komparace zahraničních systémů financování sociálních služeb byl vytvořen model výdajové náročnosti a možností financování služeb péče.

Předpoklady modelu

Základním předpokladem bylo zachování dostupnosti péče v současném rozsahu. Po dohodě se Zadavatelem byl zvolen model, který vychází ze střední predikce demografického vývoje. Dalším předpokladem modelu je konstantní míra incidence disability v rámci věkových skupin obyvatelstva v čase. Vnější ekonomické prostředí představuje inflace ve výši 1,5 % a Zadavatelem schválená a používaná predikce vývoje HDP. Neměnnými tedy zůstávají proporce občanů s přiznaným stupněm závislosti a jejich struktura co do typu přijímané péče.

Ve všech zvažovaných variantách platí předpoklad, že finanční prostředky generované systémem pojištění nebo spoření mohou být využity **na úhradu sociálních služeb poskytovaných registrovanými poskytovateli sociálních služeb, neformálními pečovateli či k pořízení kompenzačních pomůcek atd.**

6.1.1 Základní scénář

V základním scénáři zůstává po celé projektované období neměnná výše PnP dle stupně závislosti a struktura příjemců péče co do způsobu využívání péče (pobytové služby, terénní a ambulantní služby (souhrnně označováno ostatní registrované) a nevyužívající služby registrovaných poskytovatelů (zahrnuje zejména péči v domácím prostředí, označováno také neregistrované). Základní scénář tedy nepočítá se změnami současného systému a pouze reaguje na demografický vývoj v čase. Výsledky tohoto scénáře co do velikosti veřejných výdajů, systémového deficitu a dalších atributů, budou následně porovnávány s alternativními scénáři zahrnujícími zavedení opatření směřujících ke změně financování systému a jeho zefektivnění prostřednictvím snížení veřejných i celkových výdajů na jeho fungování za předpokladu zachování obecné dostupnosti odpovídající péče.

6.1.2 Alternativy financování

Alternativní scénáře se budou sestávat z aplikace tří Zadavatelem specifikovaných možností financování systému péče (pojištění, soukromé spoření, kombinace). Testován bude rovněž potenciální vliv dalších opatření vytípaných v rámci komparace českého a zahraničních systému financování péče.

Testovaným opatřením ke snížení velikosti celkových nákladů bude například změna výše či detailnější fragmentace PnP, vládou iniciovaná změna struktury poskytovatelů péče (pobytové zařízení, fyzická osoba), zavedení majetkového testování atd. Pokud to logika věci dovolí, budou zkoumány dopady aplikace více opatření současně.

V následujícím textu budou rozebrány atributy tří základních modelů financování, které budou porovnávány se základním scénářem.

6.1.2.1 Povinné veřejné pojištění na péči

Pojistné na sociální služby bude zavedeno nad rámec stávajících odvodů na veřejné pojištění (pojištění na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění). Obdobný bude i mechanismus určení výše pojistného z hrubé mzdy a jeho okamžité užití dle principu Pay As You Go (dále též jen „PAYG“). Zásadní nevýhodou tohoto systému je jeho závislost na poměru ekonomicky aktivního obyvatelstva a uživatelů péče a dalších veřejných výdajů na sociální služby. Při testování proveditelnosti tohoto opatření bude nutné zaměřit se na jeho dlouhodobou udržitelnost. V případě předpokládaného vývoje demografické struktury a nedostatečného růstu ekonomické výkonnosti a zprostředkovaně agregátních zdanitelných příjmů v ekonomice by bylo nutné postupně zvyšovat sazbu pojistného, což je vždy spojeno s politickým rizikem a v konečném důsledku může mít na ekonomiku velmi neblahý vliv prostřednictvím snížení finanční atraktivity vykonávání jakékoli ekonomické aktivity. Následující modelové výpočty mají za cíl predikovat, v jaké výši by musela být sazba pojistného na sociální služby v jednotlivých letech stanovena, a jak velké by byly odvody pojistného za státní pojištěnce.

Pojištění bude účelově vázáno na financování dávek pro osoby závislé na péči třetí osoby (příspěvky na péči) a dalších sociálních služeb. Poskytovatelé sociálních služeb pak nebudou mít nárok na dodatečnou vyrovnávací platbu v současné době poskytovanou z prostředků státního rozpočtu ve formě dotace. Sazba pojistného bude tedy vypočtena tak, aby zajišťovala financování celého systému sociálních služeb.

Výše spolufinancování ze strany uživatelů bude v modelu zachována, předmětem další analýzy bude možnost zavedení testování příjmu/majetku, aby bylo vybrané pojistné rozdělováno co nejefektivněji a zároveň nedocházelo k vyloučení nízkopříjmových skupin z využívání sociálních služeb.

Pojistné na sociální služby nedoporučujeme zaměnit za tzv. sociální daň. Vzhledem ke skutečnosti, že daně nejsou účelově vázány, nelze jejich využití fixovat na sociální služby. Sociální daně by tak byly příjmem státního rozpočtu, z něhož by následně byly alokovány na sociální služby. S financováním sociálních služeb z prostředků státního rozpočtu by tak byly zachovány neduhy současného stavu (financování pouze na roční bázi, nutnost každoročního schvalování rozpočtu, riziko využití prostředků na jiné účely atd.).

6.1.2.2 Povinné soukromé pojištění na péči

Občané budou na povinné bázi spořit prostředky na osobním speciálním účelově vázaném účtu spravovaném státem pověřenou organizací/organizacemi za podmínek upravených zákonem. Jako optimální řešení se nabízí využití fungujících podílových fondů, které by vytvářely oddělené úspory na sociální služby. Povinné spoření by zcela nahrazovalo dříve prezentovanou možnost odvodů na pojištění péče. Úspory budou následně čerpány výhradně k financování služeb péče.

Zákonem bude rovněž stanovena minimální výše spoření. Naspořené prostředky mohou být účelově využité na financování sociálních služeb pro spořitele nebo osobu jemu blízkou. Zvyšovat atraktivitu spoření nad zákonem stanovenou úroveň může příslib státní prémie, která bude k prostředkům na účet připlácena na pravidelné bázi (např.

jednou ročně) nebo při čerpání prostředků na využití sociálních služeb. Prostředky na spořicí účet by byly zároveň zhodnoceny na základě úrokové míry nabízené danou finanční institucí (fondem/bankou). Motivací pro občana ke spoření je tak vysoká míra zhodnocení spořených prostředků.¹⁵⁷ Státní premie se doporučuje vyplácet až při užití zdrojů, aby došlo k vyšší motivaci spořit. Taktéž by to prodloužilo dobu spoření, kterou je potřebné definovat předem, aby si spořitelé byli vědomi minimální doby spoření, výše úložky a optimálního věku pro vstup do systému.

Podmínky spoření budou umožňovat jejich dědění v případě nevyčerpání (prostředky na vázaném účtu budou v případě dědění částečně převedené ve prospěch státu (minimálně ve výši úročené státní premie) do fondu sociálních služeb, zbývající částka bude vyplacena dědicí osobě a to v poměru stanoveném zákonem, kdy část prostředků bude muset být převedena na účelově vázaný účet na sociální služby dědicí osoby, část prostředků může být volně využitelná. S ohledem na nemožnost univerzální predikce doby dožití a stupně závislosti v jednotlivých letech věku každého občana, je nutné počítat s přebytky a naopak nedostatky individuálních spořicích účtů. Prostřednictvím převedení části těchto přebytků na národní účet bude možné financovat deficitní spořicí účty, ať už pro neočekávanou potřebu péče či neschopnost akumulace prostředků v době aktivního věku spořitele. Z prostředků převedených do fondu sociálních služeb tak budou hrazeny sociální služby osob v nepříznivé situaci, které nemají vlastní spořicí účty, např. osoby bez zdanitelného příjmu, případně již své spořicí účty vyčerpaly. Pokud by byl nárok osoby na financování ze státního fondu podmíněn majetkovým či jiným testováním, byla by osoba, která tento nárok nemá, a již vyčerpala prostředky svého spořicího účtu, nucena financovat služby péče z jiných vlastních zdrojů.

V případě uvedení popsané varianty do praxe je bilance národního účtu vystavena několikerým rizikům. Z výše uvedeného vyplývá, že mezi zdroji financování a výdajovou potřebou je velmi silná negativní korelace, což představuje značné riziko nedostatečnosti národního fondu v případě, že by se pojištěnci dožívali vyššího než odhadovaného věku. Odchytky skutečné a očekávané doby dožití se s největší pravděpodobností vyrovnají, a pokud by byl statisticky prokázán trend, je možné na tomto základě upravit sazby povinného spoření.

Občané budou mít přehled o poskytovaných sociálních službách včetně jejich cen, sami se budou moci rozhodnout, které služby budou využívat (příčemž by měli brát ohled na objem naspořených prostředků). Poskytovatelé služeb tak budou motivováni k optimalizaci svých cen a ke zvyšování kvality. Je pravděpodobné, že v budoucnu bude nutné tento systém zavádět povinně, otázkou zůstává nakládání s nevyužitými úsporami.

Z národního účtu bude možné v případě jeho přebytkového stavu s přihlédnutím ke všem zásadám odpovědného hospodaření financovat i systémové projekty investičního charakteru, které dlouhodobě sníží nákladovou náročnost fungování systému péče.

6.1.2.3 Kombinace povinného veřejného a soukromého pojištění

Kombinace dvou výše uvedených typů financování na principu podobném současnému druhému pilíři důchodového pojištění. Zaměstnanec by měl možnost část povinného odvodu na pojištění na péči spořit na účelově vázaném účtu obdobně, jako v předešlé variantě. Podmínkou by ovšem bylo, že k této úložce připojí další ze zdaněných příjmů v zákonem stanoveném minimálním poměru. Aby bylo toto volitelné spoření atraktivní, bude bonifikováno státním příspěvkem obdobně jako například stavební spoření. Povinnost spořit i z vlastních zdaněných zdrojů spořitele v první řadě zajistí akumulaci prostředků v dostatečné výši pro samotného spořitele s tím, že po jeho smrti bude jejich zůstatek převeden na dříve popisovaný národní spořicí účet/fond. Dle statistické pravděpodobnosti se tak státu vrátí minimálně část vyplacených bonifikací. Tento model bude navíc působit jako impulz k přerozdělování bohatství v populaci. Jelikož bude povinnost soukromých úložek stanovena poměrem k hrubé mzdě, osoby s vysokým příjmem velmi pravděpodobně naspoří za dobu aktivního života výrazně více, než budou schopny za péči utratit. Účelovou vázanost prostředků je zároveň možno vnímat jako zastropování maximálních měsíčních výdajů na péči, kdy bude zohledněno, že si daný pojištěnec může dovolit pobývat v soukromém zařízení vyššího standardu, avšak pouze do rozumné míry. Jelikož nelze s dostatečnou statistickou významností potvrdit korelaci mezi příjmy a délkou dožití, bude mít toto opatření rovnostářský efekt. I pro jedince s nadprůměrným příjmem bude ovšem atraktivnější, než pouhé pojištění služeb péče na principu PAYG popisované v předešlé kapitole, které má nulovou zásluhovost.

Pojištění bude sloužit ke krytí výdajů na sociální služby u státních pojištěnců a osob, které dobrovolné spoření nemají. Pojištění bude rovněž kryt výdaje u osob, které dobrovolně spoří, nicméně v nižší výši než u osob, které nespoří (vzhledem k tomu, že jim již část byla „vyplacena“ ve formě bonifikace spoření (0,5 %)). Občan může naspořené prostředky využít na úhradu sociálních služeb poskytovaných registrovanými poskytovateli sociálních služeb a neformálními pečovateli či k pořízení kompenzačních pomůcek atd. Nevyužitá prostředky spoření bude možné dědit (část z nich bude účelově vázána na sociální služby), část prostředků bude převedena do státního fondu

¹⁵⁷ Podle předběžné kalkulace lze při spoření ve výši 700 Kč/měsíčně, státní premii ve výši 2 000 Kč/ročně a úrokové sazbě 3 % za 30 let naspořit cca 500 000 Kč, které lze využít na financování sociálních služeb (současná výše veřejných výdajů na sociální služby na 1 uživatele na cca 4 roky).

pojištění na péči/národního spořicího účtu. Lze předpokládat, že postupně se bude výše bonifikace dobrovolného spoření zvyšovat.

Možné základní parametry a schéma systému:

- Zaměstnanci a OSVČ povinně platí pojistné na sociální služby ve výši např. 1,5 % (1 % odvádí zaměstnavatel, 0,5 % odvádí zaměstnanec);
- Stát hradí pojistné za státní pojištěnce;
- Občané mají možnost dodatečně nad rámec pojištění spořit na využívání sociálních služeb na speciálním účelově vázaném účtu spravovaném státem určenými institucemi (obdobně jako v případě II. pilíře důchodového systému). V případě, že občan spoří, bude část prostředků, které odvádí (0,5 % z hrubé mzdy) převáděna na jeho účet, nikoliv na vrub státního spoření. Občan ale musí zároveň ze svého zdanitelného příjmu uložit každý měsíc částku odpovídající zákonem stanovenému poměru. Pokud by byl tento poměr stanovený jako 1:1, odvedl by zaměstnavatel za občana 0,5 % z jeho hrubé mzdy, a občan by navíc uložil své soukromé prostředky ve stejné výši;
- Na konci roku by k uloženým prostředkům byl vyplacen státní příspěvek. Je zvažována i varianta vyplácení příspěvku až k okamžiku přijímání péče. Takový systém by byl náročnější na predikci cashflow a byl by méně motivující. V případě předčasného úmrtí je možné státem poskytnuté příplatky zcela vyjmout z dědického řízení.
- Kombinace spoření a pojištění může být fakultativní, ale též povinná. V prvním případě by pak občané strádali finance různým způsobem, jak ukazuje následující obrázek, kde občan B kromě povinného pojistného dle svého rozhodnutí odvádí prostředky i na svůj individuální spořicí účet, zatímco občan A možnost soukromého spoření nevyužívá.

6.1.3 Sledované atributy

Smyslem této analýzy je zkoumat ekonomický efekt jednotlivých opatření či jejich kombinací na komplexní systém péče. Dopady opatření budou vyčíslovány pro státní rozpočet, poskytovatele a příjemce péče, a v případě zavádění povinného pojištění též z pohledu zaměstnavatelů, zaměstnanců a OSVČ. Výsledky budou prezentovány číselně a graficky v krátkodobém a střednědobém horizontu. Sledované atributy a jejich popis shrnuje tabulka níže.

Tabulka 46: Popis sledovaných atributů

Atribut	Popis
Celkové veřejné výdaje na sociální péči	Agregátní hodnota výdajů bude robustním ukazatelem efektivity zvažovaných opatření. Simulace vychází ze současné demografické predikce a nepočítá s nedostupností péče, ve všech analyzovaných variantách se tedy počítá s poskytnutím stejného množství péče stejné kvality.
Deficit veřejných výdajů	Deficitem veřejných výdajů se rozumí záporný rozdíl mezi částkou alokovanou k financování sociální péče (v současnosti 0,77 % HDP) a skutečně realizovanými veřejnými výdaji. Nejedná se o deficit v rozpočtovém kontextu, neboť veřejná část financování nemá přímé příjmy. Deficitem se tedy spíše rozumí nedostatečnost financování při zachování stávající či zvažované relativní úrovně financování. Při alternativách financování, které přenášejí břemeno financování na jiné, než veřejné subjekty, jsou vždy míry jejich zatížení počítány tak, aby byly dostatečné, a tedy nevedly k deficitu veřejných financí jakožto sponzorovi s finální odpovědností. Při vyhodnocování bude vždy prezentován reálný deficit nehledě na formu nebo pojmenování výdaje. S ohledem na platnou rozpočtovou legislativu bude rozlišováno mezi veřejnými výdaji na státní a krajské či obecní úrovni.
Soukromé výdaje	Objem financování péče ze soukromých zdrojů klientů, přičemž se vždy vychází z premisy zachování dostupnosti péče.
Náklady zaměstnanců, zaměstnavatelů, OSVČ (pro případ zavedení pojištění na péči)	Zadavatel požaduje analýzu scénáře financování sociálních služeb formou veřejného nebo soukromého pojištění či jejich kombinací, čímž vznikne náklad všem pojistníkům, tedy zaměstnancům, zaměstnavatelům, OSVČ a zprostředkovaně opět státu, který hradí pojistné za ekonomicky neaktivní osoby.
Rozložení příjemců PnP dle typu využívané služby	Kritérium rozložení příjemců PnP podle typu jimi využívané služby je důležitý faktor zvažovaných opatření. Je známo, že individuální péče poskytovaná v domácnosti je obecně efektivnější než institucionální péče. Ve Skandinávii, kde má systém sociální péče velkou tradici a je v celosvětovém srovnání velmi štedrý, nejsou institucionální pobytová zařízení podporována, nejde-li o osoby vyžadující nepřetržitou péči. Preferován je systém komunit,

Atribut	Popis
	kdy každý klient pobývá ve svém vlastním bytě, přičemž jsou tyto blízko sebe, což zjednodušuje dostupnost péče poskytované pečovateli, kteří za nimi dochází. V prostředí ČR je rovněž patrná snaha posunout těžiště poskytované péče na stranu asistence poskytované v domácím prostředí klientů. Dopady opatření do struktury poskytované péče jsou proto druhotným, ale důležitým efektem zvažovaných opatření.

6.2 Modelování – analytická část

Modelování vývoje systému péče při nezměněných parametrech vládní politiky slouží jako základní scénář, s nímž budou porovnávány simulace zahrnující zvažovaná opatření. Jelikož budou zkoumány pouze dopady určitých nařízení v gesci MPSV, musí být pro zachování vypovídací hodnoty takového srovnání všechny vnější okolnosti shodné pro všechny scénáře. Veškeré dopady připisované analyzovanému opatření jsou formulovány *ceteris paribus*, tedy za jinak stejných podmínek. Neměnné parametry společné všem modelům uvádí následující tabulka.

Tabulka 47: Předpoklady modelů

Vysvětlující proměnná	Popis, hodnota	Zdroj
Demografický výhled	Dynamický mikrosimulační důchodový model	MPSV
HDP	Dynamický mikrosimulační důchodový model	MPSV
Inflace	1,5 %	Stanoveno po dohodě se Zadavatelem
Incidence disability	Skutečná incidence v roce 2010	MPSV
Výše PnP	Platná v roce 2015	MPSV
Poměr využívaných služeb v rámci příjemců PnP	Skutečná proporce v prosinci 2012	MPSV, údaje o příjemcích PnP za roky 2009 – 2011
Další sociální výdaje na příjemce PnP	Skutečná výše v roce 2012	ČSÚ
Podíl krajů na veřejných výdajích mimo PnP	40 %	Výkaznictví MPSV ČR 2010 - 2012

Veškeré parametry byly určeny na základě analýzy současné situace či rozhovorů se zadavatelem a odborníky v dané oblasti. Nulovou variantou je posun po časové ose za nezměněných vládních nařízení a politiky, tedy v podstatě funkce demografické struktury a HDP.

Modelová část je rozdělena na analýzu vhodného způsobu financování systému péče a na analýzu vhodnosti aplikace doporučených opatření zjištěných v rámci komparace charakteristik zahraničních systémů péče v institucionálním prostředí České republiky

Následující podkapitoly se věnují analýze nákladů na financování péče a vyhodnocení udržitelnosti stávajícího systému financování a jeho navrhovaných alternativ.

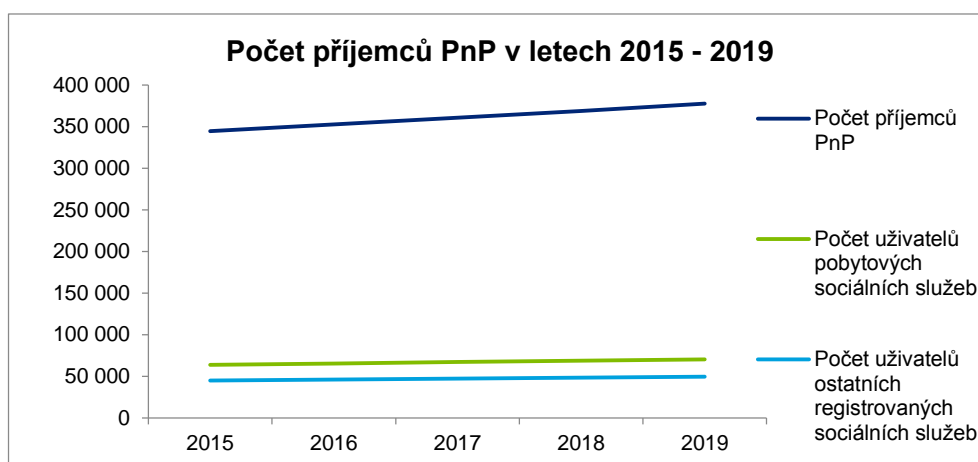
6.2.1 Nulová varianta – základní scénář

Pohybem po časové ose lze předpovědět následující údaje o vývoji systému sociálního pojištění.

Tabulka 48: Výsledky simulace - základní scénář

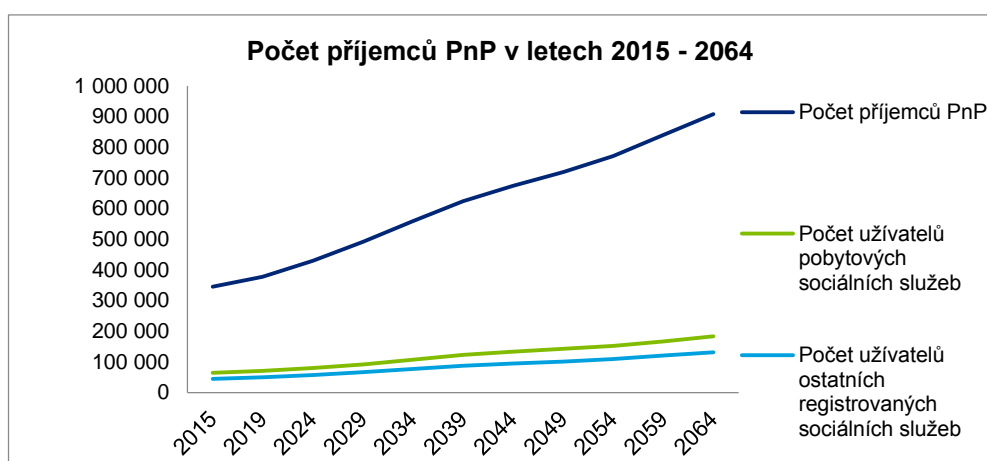
	2015	2016	2017	2018	2019	2034	2044
Počet příjemců PnP	344 725	352 492	360 698	368 886	377 747	558 619	673 593
Počet uživatelů registrovaných sociálních služeb	108 873	111 509	114 236	116 926	119 833	184 145	228 203
<i>Počet uživatelů pobytových sociálních služeb</i>	63 936	65 474	67 041	68 568	70 197	106 835	133 715
<i>Počet uživatelů ostatních registrovaných sociálních služeb</i>	44 937	46 035	47 195	48 358	49 637	77 311	94 488

Graf 41: Vývoj počtu příjemců PnP v letech 2015 - 2019 (základní scénář)



Počty příjemců PnP a jejich struktura co do typu využívaných služeb péče jsou v základním scénáři určeny prostým posunem po demografické křivce při zachování proporcionality zjištěné analýzou historických dat. Podobným způsobem je určen vývoj počtu a struktury příjemců PnP v dlouhodobém horizontu.

Graf 42: Vývoj počtu příjemců PnP v letech 2015 - 2064 (základní scénář)



Na predikci se velmi výrazně projevuje očekávaná změna demografické struktury obyvatelstva ČR. Ačkoli je pro simulaci zachována proporce osob daného stupně závislosti, celkový počet příjemců PnP prudce stoupá, jelikož se postupně zvyšuje průměrný věk populace a zároveň se prodlužuje délka dožití. Je jasné, že rostoucí počet příjemců PnP se odrazí též ve větších nárocích na financování celého systému péče.

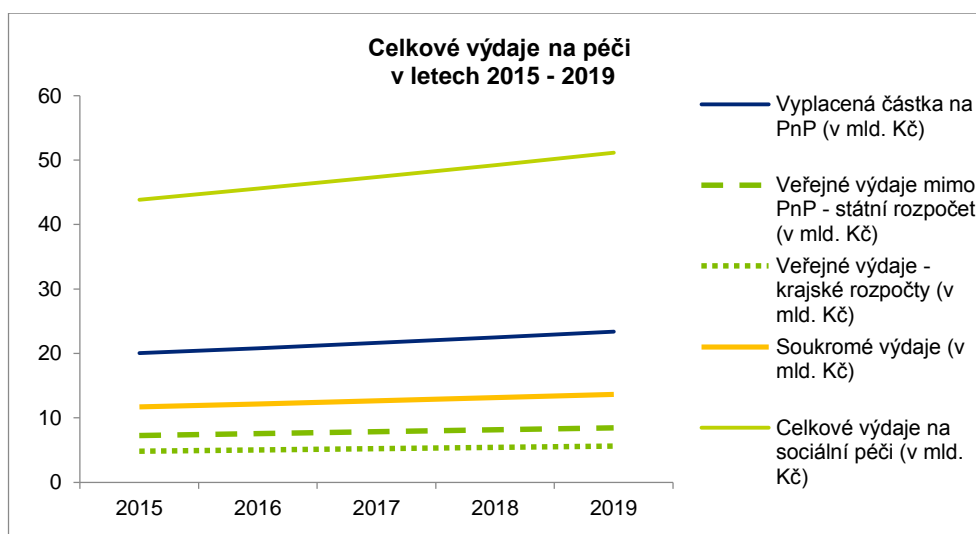
Tabulka 49: Výdaje na systém péče (základní scénář)

	2015	2016	2017	2018	2019	2015 - 2019	2034	2044
Vyplacená částka na PnP (v mld. Kč)	20,04	20,82	21,65	22,48	23,37	108,35	42,84	61,22
Veřejné výdaje na péči (dotace, příspěvky) (v mld. Kč)	9,57	9,95	10,34	10,75	11,18	51,79	21,46	30,89
Veřejné výdaje (prevence + poradenství) (v mld. Kč)	2,52	2,62	2,72	2,83	2,94	13,62	5,64	8,12
Z toho státní rozpočet (v mld. Kč)	7,25	7,54	7,84	8,14	8,47	39,24	16,26	23,40
Z toho krajské rozpočty (v mld. Kč)	4,83	5,03	5,23	5,43	5,65	26,16	10,84	15,60
Celkové veřejné výdaje (v mld. Kč)	32,12	33,39	34,71	36,05	37,48	173,76	69,93	100,22
Soukromé výdaje (v mld. Kč)	11,71	12,17	12,66	13,14	13,66	63,34	26,11	37,76
Celkové výdaje na péči (v mld. Kč)	43,84	45,56	47,37	49,19	51,15	237,10	96,04	137,98

Z tabulky je patrný rostoucí úhrn všech komponent veřejných výdajů i soukromých úhrad klientů. Výše výdajů per capita respektuje předpoklad 1,5% průměrné roční inflace a počet osob závislých na pomoci třetí osoby roste, jak je patrné z tabulek a grafů prezentovaných dříve.

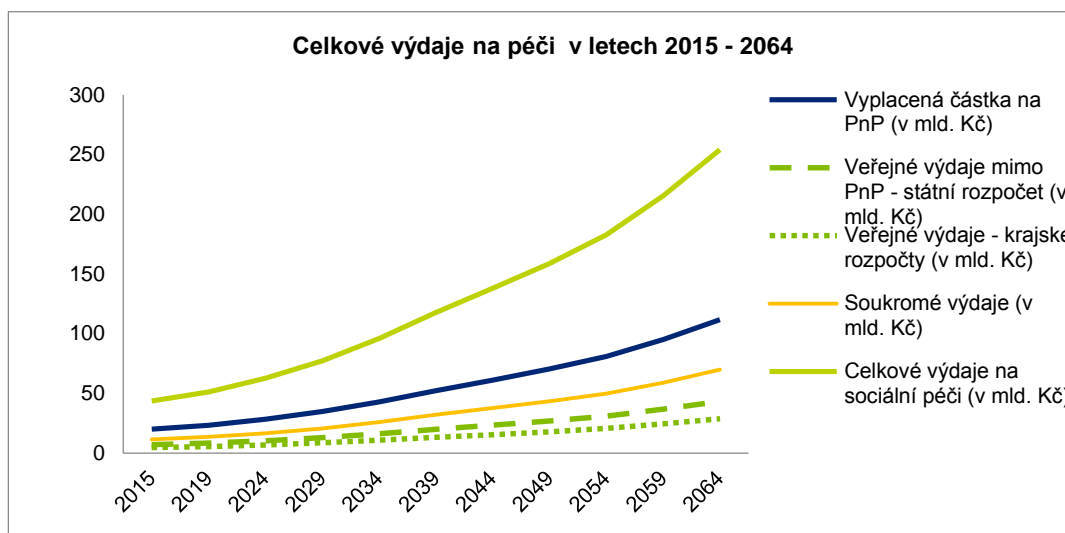
Veřejné výdaje se skládají ze tří hlavních položek, a to samotných příspěvků na péči, dalších výdajů na péči v podobě dotací a příspěvků, a konečně z výdajů na prevenci a poradenské služby. Příspěvky na péči jsou hrazeny ze státního rozpočtu, zbylé veřejné výdaje na péči financují centrální a krajské rozpočty v statisticky zjištěném poměru 60:40. Jelikož nejsou plánovány strukturální rozpočtové reformy, které by musely změny tohoto poměru doprovázet, je jej ve výhledu možné považovat za konstantu. V nulovém scénáři též předpokládáme neměnný poměr soukromých výdajů na celkových výdajích na péči.

Graf 43: Vývoj celkových výdajů na péči v letech 2015 - 2019 (základní scénář)



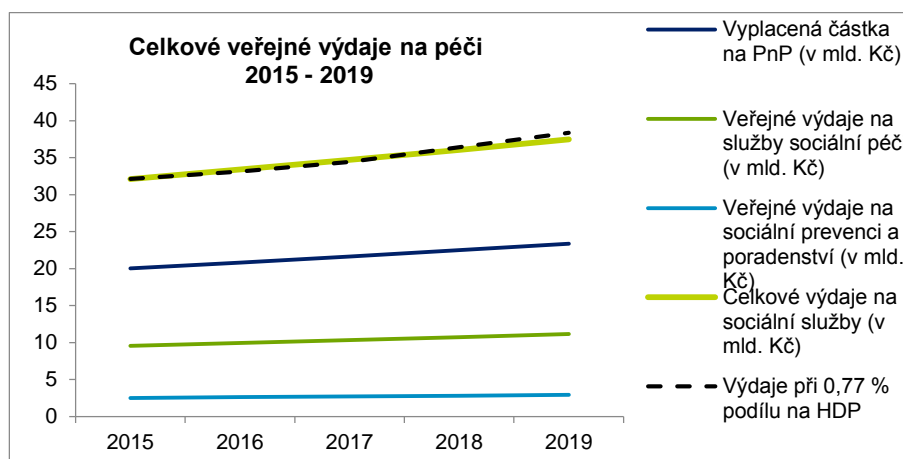
Již v nejbližších pěti letech bude znatelný přírůstek klientů péče. Během příštích pěti let bude na financování systému péče nutno vynaložit více než 237 mld. Kč.

Graf 44: Vývoj celkových výdajů na péči v letech 2015 - 2064 (základní scénář)



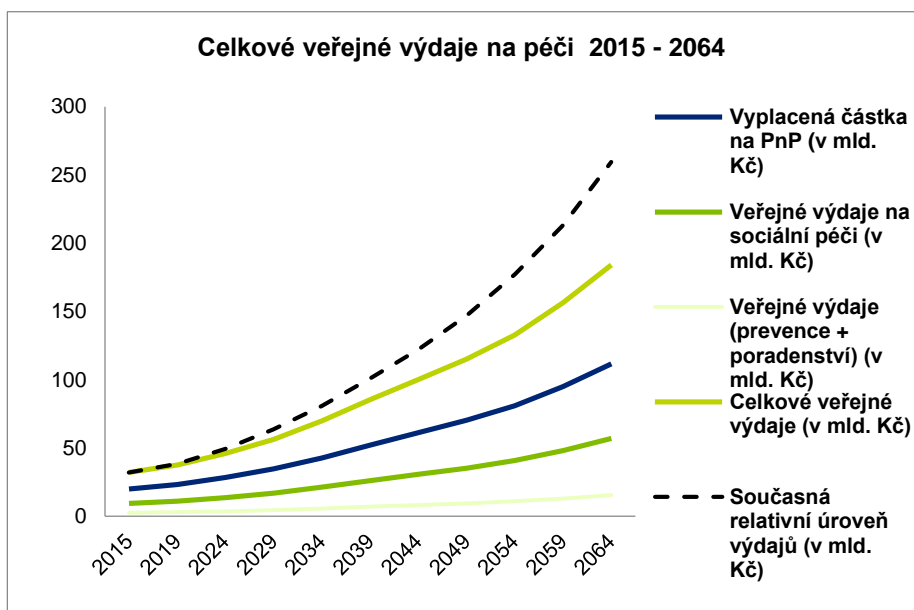
Trend rostoucí finanční náročnosti sociálního systému je ještě více zřejmý v dlouhodobém výhledu. Např. v roce 2040 bude na financování systému péče nutno vynaložit přes 121,5 mld. Kč. V současnosti mezi zdroji financování dominují veřejné zdroje, ať už v podobě výdajů státního či krajských rozpočtů.

Graf 45: Vývoj veřejných výdajů na péči v letech 2015 - 2019 (základní scénář)



Nejvýznamněji se na financování péče podílí státní rozpočet. Kromě příspěvků na péči, které jsou vypláceny ze státní pokladny, saturuje též téměř přesně 60 % dalších veřejných výdajů na provoz zařízení péče a preventivní a poradenské programy. Přerušovaná linka v grafu prezentuje úroveň výdajů na úrovni 0,77 % HDP České republiky, což je současná úroveň veřejných výdajů. Z grafu vyplývá, že tato relativní úroveň financování je v prvních dvou letech nedostatečná, posléze postačí, ale bez rezervy. Dříve zmíněnou rostoucí náročnost na financování systému v dlouhodobém výhledu ilustruje následující graf.

Graf 46: Vývoj veřejných výdajů na péči v letech 2015 - 2064 (základní scénář)



Na grafu je patrná na první pohled překvapivá tendence rostoucího „přebytku“ plánovaných veřejných výdajů nad předpokládanou potřebou financování. Je nutno vzít v potaz, že predikce vývoje HDP jsou velmi optimistické, s průměrným tempem růstu nominálního HDP 4,33 %. V tomto případě je korektní použití nominálních veličin, jelikož cenová hladina je určována inflační mírou zvolenou Zadavatelem a která se jako sektorová může lišit od inflace ve smyslu celé ekonomiky. Graf lze tedy interpretovat tak, že efekt růstu HDP převáží nad nepříznivými změnami v demografické struktuře.

6.2.1.1 Sledované atributy

Závěry simulace nulové varianty, tedy sledovanými atributy popsaný vývoj za předpokladu nezměněného nastavení systému, uvádí následující tabulka.

Tabulka 50: Sledované atributy (základní scénář)

	2015	2015-2019	2015-2044
Celkové veřejné výdaje (v mld. Kč)	32,12	173,76	1 833,16
Přebytek (nedostatek) plánovaných veřejných výdajů (v mld. Kč)	0,01	0,72	252,26
Soukromé výdaje (v mld. Kč)	11,71	63,34	681,33
Náklady pojistného (zaměstnanec, zaměstnavatel, OSVČ) (v % hrubé mzdy)	0	0	0
Minimální výše pojistného státních pojištěnců (v mld. Kč)	0	0	0
Pobytové registrované služby	18%	19%	20%
Ostatní registrované služby	13%	13%	14%
Neregistrované služby	69%	68%	66%

Prezentovaná tabulka shrnuje klíčové atributy nulové varianty. Dopady zvažovaných opatření budou vyjádřeny jako změny právě těchto atributů. Sazba pojistného a minimální výše pojistného za státní pojištěnce není v současnosti známa, jelikož pojištění na péči není zavedeno. Výpočtům těchto atributů se budou věnovat následující kapitoly mající za cíl posoudit alternativní možnosti financování systému sociální péče.

6.2.2 Povinné veřejné pojištění na péči

Vybrané pojistné na sociální služby by mělo v ideálním případě pokrýt veškeré náklady státního rozpočtu na provoz systému péče. Finanční prostředky generované systémem pojištění budou moct občané využít na úhradu sociálních služeb poskytovaných registrovanými poskytovateli sociálních služeb, neformálními pečovateli či k pořízení kompenzačních pomůcek atd. Systém pojištění by fungoval na principu PAYG, odvedené pojistné by tedy financovalo výdaje stejného časového období. Sazba pojistného tak musí brát v potaz predikce vývoje agregátních zdanitelných příjmů a počet státních pojištěnců. Výpočet sazby a minimálního pojistného pro státní pojištěnce je založen na následujících předpokladech získaných analýzou stávající situace.

Tabulka 51: Předpoklady modelu (povinné veřejné pojištění)

Vysvětlující proměnná	Hodnota	Zdroj
Podíl pojistného hrazeného zaměstnavateli a osobami se zdanitelným příjmem na celkovém výběru	76,39%	Zdravotnická ročenka ČR 2013
Z toho zaměstnavatelé	66,67%	Zvoleno Dodavatelem v souladu s poměrem odvodů u zdravotního pojištění
z toho zaměstnanci	33,33%	Zvoleno Dodavatelem v souladu s poměrem odvodů u zdravotního pojištění
Podíl pojistného hrazeného státem na osoby bez příjmu na celkovém výběru	23,61%	Zdravotnická ročenka ČR 2013

Východiskem je předpoklad neměnných výdajů na péči oproti základnímu scénáři. Logiku výpočtu sazby pojistného a výše pojistného pro státní pojištěnce a celkové dopady tohoto opatření na státní rozpočet přibližují následující vztahy.

Rovnice 1: Výdaje státního rozpočtu na péči a odvozená podmínka dostatečnosti systému

$$\begin{aligned} \text{Výdaje státního rozpočtu} &= \text{Vyplacené PnP} + \text{Dotace} + \text{Prevence a poradenství} - \text{Výdaje krajů na soc. služby} \\ \text{Výdaje státního rozpočtu} &= \text{Poj}_{\text{zam}} + \text{Poj}_{\text{ozp}} + \text{Poj}_{\text{sp}} \end{aligned}$$

Kde

Poj_{zam}	Pojistné odvedené zaměstnavateli
Poj_{ozp}	Pojistné odvedené osobami se zdanitelným příjmem
Poj_{sp}	Pojistné odvedené za státní pojištěnce

K odvození výše jednotlivých pojistných budou použity předpoklady uvedené výše. Jelikož jsou tyto poměry ovlivňovány faktory ležícími mimo působnost MPSV, je rozumné je v celé studii považovat za konstantní.

Rovnice 2: Financování péče z povinného pojištění

$$\begin{aligned} \sum \text{Poj}_{\text{zam}} &\geq 0,7639 * 0,6667 * \text{Výdaje státního rozpočtu} \\ \sum \text{Poj}_{\text{ozp}} &\geq 0,7639 * 0,3333 * \text{Výdaje státního rozpočtu} \\ \sum \text{Poj}_{\text{sp}} &\geq 0,2361 * \text{Výdaje státního rozpočtu} \end{aligned}$$

Kde

Poj_{zam}	Pojistné odvedené zaměstnavateli
Poj_{ozp}	Pojistné odvedené osobami se zdanitelným příjmem
Poj_{sp}	Pojistné odvedené za státní pojištěnce

Na základě znalosti nutného množství finančních prostředků, které je potřeba vybrat, je možné určit sazbu pojistného a výši pojistného za státní pojištěnce, které by tento výběr umožnily.

Rovnice 3: Výpočet sazeb pojistného ekonomicky aktivních subjektů a pojistného za státní pojištěnce

$$\begin{aligned} s_{\text{zam}} &= \frac{\text{Poj}_{\text{zam}}}{\text{CZP}} \\ s_{\text{ozp}} &= \frac{\text{Poj}_{\text{ozp}}}{\text{CZP}} \\ \text{POJ}_{\text{sp}} &= \frac{\text{Poj}_{\text{sp}}}{\text{SP}} \end{aligned}$$

Kde

S _{Zam}	Sazba pojistného z hrubé mzdy - zaměstnanci
S _{Ozp}	Sazba pojistného z hrubé mzdy - zaměstnavatelé
POJ _{Sp}	Pojistné za státní pojištění
Poj _{Zam}	Pojistné odvedené zaměstnavateli
Poj _{Ozp}	Pojistné odvedené osobami se zdanitelným příjmem
POJ _{Sp}	Pojistné odvedené za státní pojištění
CZP	Celkový zdanitelný příjem – úhrn zdanitelných příjmů všech ekonomicky aktivních osob
SP	Počet státních pojištěnců

6.2.2.1 Sledované atributy

Dosažením výsledných sazeb do modelu lze určit hodnoty sledovaných atributů tohoto způsobu financování systému péče.

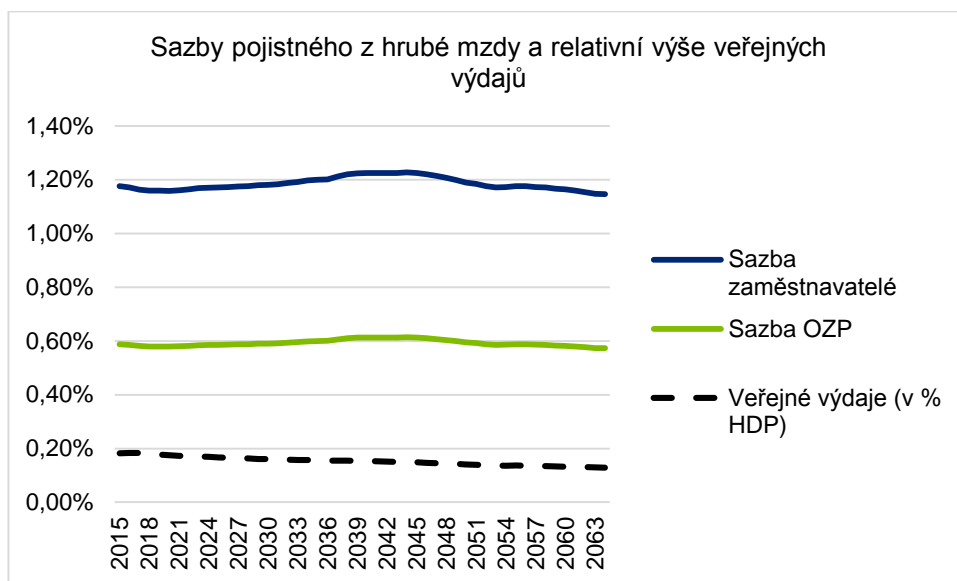
Tabulka 52: Sledované atributy (povinné veřejné pojištění na péči – komparace se základním scénářem)

Atribut	Základní scénář			Pojištění		
	2015	2015-2019	2015-2044	2015	2015-2019	2015-2044
Celkové veřejné výdaje (v mld. Kč)	32,12	173,76	1 833,16	7,59	41,03	432,90
Přebytek (nedostatek) plánovaných veřejných výdajů (v mld. Kč)	0,01	0,72	252,26	24,54	133,44	1 652,53
Soukromé výdaje (v mld. Kč)	11,71	63,34	681,33	11,71	63,34	681,33
Zaměstnavatel	0	0	0	1,18%	1,16%	1,23%
Pojistné Zaměstnanec				0,59%	0,58%	0,61%
Minimální výše pojistného státních pojištěnců (v Kč)	0	0	0	1 237	1 441	3 875
Pobytové registrované	18%	19%	20%	18%	19%	20%
Ostatní registrované	13%	13%	14%	13%	13%	14%
Neregistrované služby	69%	68%	66%	69%	68%	66%

Nebýt pojistného za státní pojištění, byla by nulová výše veřejných výdajů tautologií, neboť z výše prezentovaného vzorce pro výpočet sazby pojistného zaměstnavatelů a ekonomicky činných osob a minimálního pojistného za státní pojištění vyplývá, že tyto veličiny jsou vždy kalkulovány tak, aby pokryly všechny veřejné výdaje. Jelikož se opatření týká pouze financování veřejné části výdajů na péči, soukromé výdaje se nemění, stejně jako rozložení příjemců PnP co do typu konzumované služby. Zásadní rozdíl se projevuje v kategorii výdajů veřejného rozpočtu a zatížení zaměstnavatelů a ekonomicky aktivních osob.

Zavedení pojištění na péči by pro státní rozpočet znamenalo úsporu cca 80% výdajů, což do konce roku 2019 představuje v úhrnu téměř 140 mld. Kč. Břímě financování systému by bylo v tomto případě přeneseno na zaměstnavatele a ekonomicky aktivní osoby. Rovnovážnou sazbu pojistného z hrubé mzdy v dlouhodobém výhledu uvádí následující graf.

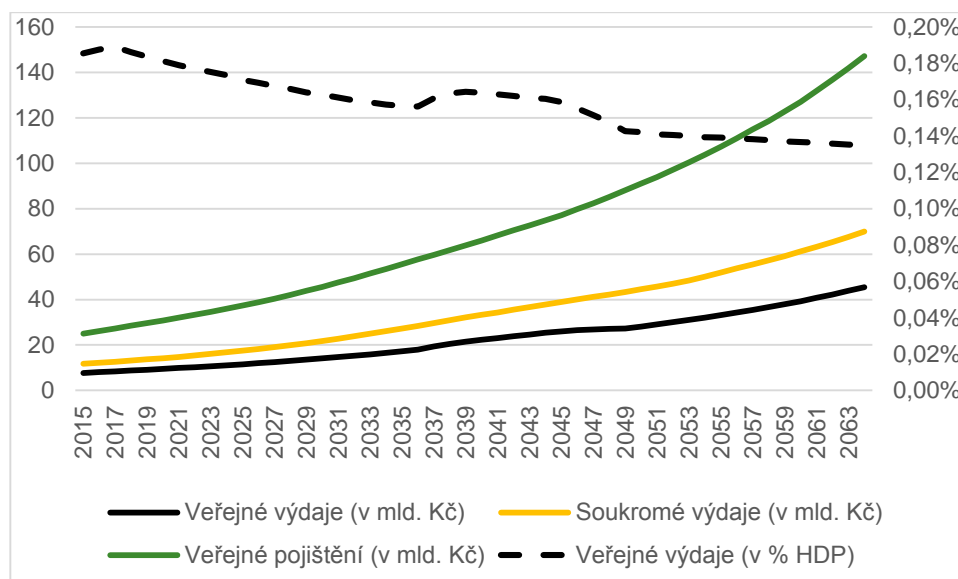
Graf 47: Sazby pojistného z hrubé mzdy a relativní výše veřejných výdajů vůči HDP v letech 2015 - 2064 (pojištění)



Projektované sazby vychází z podílu potřebného pojistného na celkových zdanitelných příjmech a jejich distribuci v poměru 2:1 dle vzoru současných odvodů na zdravotní pojištění. Sazba pojistného zaměstnavatelů se po celou dobu blíží hodnotě 1,20 %, s maximální hodnotou 1,23 % v roce 2044. Sazba pro fyzické osoby se zdanitelným příjmem kopíruje vývoj sazby pojistného hrazené zaměstnavateli a v roce 2044 dosahuje nejvyšší hodnoty 0.61 %.

Nelze spoléhat na možnost každý rok pružně měnit sazbu pojistného a stejně tak nelze dopředu přesně odhadnout veličiny, které jsou pro tuto sazbu určující. S ohledem na výše uvedené doporučujeme stanovit sazbu odvodů na veřejné pojištění na 1,20 % pro zaměstnavatele a 0,60 % pro zaměstnance. Systém by v takovém případě vykazoval následující atributy.

Graf 48: Sledované atributy - veřejné pojištění



Zákonné ukotvení povinného pojištění na péči velmi výrazně sníží veřejné výdaje na financování těchto služeb. Prosazení tohoto opatření nicméně představuje politické riziko, a zcela jistě by se setkalo s odporem na straně zaměstnanců a celé ekonomicky aktivní veřejnosti.

6.2.3 Povinné soukromé pojištění na péči (spořicí)

V předešlé kapitole věnované financování prostřednictvím povinného pojištění na péči byla prezentována skutečnost, že aby byl stát schopen financovat systém péče na principu PAYG, musí vybrané pojistné převyšovat výdaje daného časového období.

Rovnice 4: Financování péče z povinného pojištění (viz Rovnice 3)

$$\sum \text{Pojistné} \geq \sum \text{Výdaje státního rozpočtu}$$

Stejný vztah musí platit i v případě soukromého individuálního pojištění. Úhrn naspořených prostředků musí být větší nebo roven agregátním výdajům na péči.

6.2.3.1 Podmínky dostatečnosti systému

Tato nerovnost bude na agregátní úrovni platit vždy, když bude platit u každého individuálního střadatele.

V okamžiku, T , kdy se tento stane klientem i péče, musí jeho úspory převyšovat odhadovaný úhrn jeho budoucích výdajů na péči. Takovou individuální rovnováhu lze vyjádřit vztahem

Rovnice 5: Financování péče ze soukromých úspor

$$S_T \geq V_T$$

Kde

S_T	Úspory k okamžiku prvního výdaje na péči v čase T
V_T	Hodnota budoucích výdajů na péči k okamžiku jejich prvního čerpání v čase T

Příčemž u měsíčních úložek a připisování úroků na konci roku platí

Rovnice 6: Výpočet výše disponibilních úspor

$$S_T = X \times k \times \left(1 + \frac{k+1}{2 \times k} \times i \times (1-d) \right) \times \frac{(1+i \times (1-d))^n - 1}{i \times (1-d)}$$

Kde

S_T	Úspory v okamžiku čerpání prvních služeb péče
X	Výše měsíční úložky
k	Počet úložek za rok
i	Nominální úroková míra
d	Úroková daňová sazba
n	Trvání spoření v letech

Rovnice 7: Výpočet hodnoty výdajů na péči k okamžiku prvního výdaje

$$V_T = \sum_{n=0}^{n=j} \frac{V_j}{(1+i)^n}$$

Kde

V_T	Hodnota budoucích výdajů na péči k okamžiku T
V_j	Výdaje na péči v jednotlivých letech
i	Nominální úroková míra

Pro zjednodušení je uvažována neměnná úroková míra. Výsledkem syntézy obou vztahů je podmínka dostatečného financování péče vlastními úsporami z pohledu individuálního střadatele. Pokud tato rovnováha platí pro každého občana, platí pro systém péče jako celek. Následující nerovnice tedy prezentuje podmínku agregátní dostatečnosti systému soukromého pojištění služeb péče.

Rovnice 8: Podmínka udržitelnosti systému financování i péče z povinného soukromého spoření

$$\sum S_T \geq \sum V_T$$
$$\sum \left[X \times k \times \left(1 + \frac{k+1}{2 \times k} \times i \times (1-d) \right) \times \frac{(1+i \times (1-d))^n - 1}{i \times (1-d)} \right] \geq \sum_{n=0}^{n=j} \frac{V_j}{(1+i)^n}$$

Kde

S_T	Úspory v okamžiku čerpání prvních služeb péče
X	Výše měsíční úložky
k	Počet úložek za rok
i	Nominální úroková míra
d	Úroková daňová sazba
n	Trvání spoření v letech
V_T	Hodnota budoucích výdajů na péči k okamžiku T
V_j	Výdaje na péči v jednotlivých letech
i	Nominální úroková míra

Z nerovnice vyplývá, že je nutné respektovat faktor času tak, aby byly porovnávány vždy úspory pouze těch občanů, kteří nově začínají hradit výdaje na péči.

Na individuální úrovni nebude uvedený vztah v praxi nikdy beze zbytku naplněn, neboť při nejlepší vůli nelze docílit jeho platnosti pro každého jednoho spořitele. Individuální rovnováhu ovlivňuje řada faktorů, které jsou v okamžiku stanovování výše úložek neznámé, zejména doba prvních výdajů na péči, jejich růst a doba dožití. Souhrnně bude tuto individuální spotřeba nazývána křivkou potřeby péče.

Na agregátní úrovni může nicméně vztah platit, i když jsou některá individuální spoření v nerovnováze. Výše úložky je vždy stanovena v závislosti na odhadu křivky potřeby péče. Dle statistických předpokladů se skutečná potřeba bude od odhadované lišit, a to jak v pozitivním, tak v negativním směru. Agregátní rovnováha bude platit, pokud se tyto odchylky navzájem vykompenzují.

Je možné, že pozorování prokáže mezi odchylkami trend nepostižený v projekcích. V takovém případě bude nutné výše úložek systémově upravit. Skutečná spotřeba bude oproti vypočítaným demografickým trendům v čase zpožděná, a toto zpoždění dává dostatek času k implementaci nutných změn. Přesto je nutné počítat s rezervními prostředky na pokrytí případných neočekávaných výkyvů. Tuto krátkodobou pomoc bude možné čerpat zpět do rezervního fondu v rámci kumulace prostředků na národním spořicímu účtu v důsledku protisměrného výkyvu. Nutnou podmínkou fungování takového systému je existence národního spořicího účtu, kam by připadla část nevyčerpaných prostředků dříve zesnulých spořitelů. Na tento národní účet by též bylo odváděno pojistné za státní pojištění.

V ideálním případě by tak většina výdajů na péči byla financována ze soukromých zdrojů (úspor), z národního účtu, tedy veřejných zdrojů, by byla hrazena péče pro osoby, jejichž úspory již byly vyčerpány, nebo vlastní úspory nikdy neměly. Příjmem tohoto národního účtu by byly převody částí zbylých úspor v případě úmrtí spořitele.

6.2.3.2 Přejímová fáze

Dříve popsané situace lze docílit, ovšem nelze opomenout značné komplikace spojené s přechodem ze stávajícího systému. Z pohledu veřejných financí je péče ve skutečnosti financována na principu PAYG, jen se nejedná o účelové odvody na pojištění péče, ale o přerozdělení prostředků vybraných jako jiné daně a poplatky. Analýza tohoto modelu financování péče se musí zabývat nejen veřejnými náklady v době, kdy bude systém plně funkční, ale i náklady, se kterými bude spojeno jeho zavedení, respektive prostředky nutnými k dofinancování nedostatečnosti systému soukromého spoření, která bude postupně klesat, ale po jednorázovém zavedení bude odpovídat veškerým veřejným výdajům očekávaným dle základního scénáře.

Pokud by měl systém začít platit v roce 2016, pak by na jeho výdajové stránce ležely veškeré očekávané výdaje, zatímco na individuálních spořicímu účtech potenciálních spořitelů nebudou žádné prostředky, jelikož nebyl čas k jejich akumulaci. V prvním roce po zavedení tohoto systému by tak veřejné výdaje na péči byly stejné jako při zachování statu quo, k tomu by na konci roku přibyla povinnost vyplatit na individuální spořicí účty odpovídající zákonem stanovené bonifikace. Postupně se však tato situace bude zlepšovat od okamžiku, kdy bude sociální výdaje

hradit první občan s kladným zůstatkem spořicího účtu. Proporce těchto občanů postupně poroste. Dalším milníkem bude první občan, jehož naspořené prostředky postačí k financování veškeré jeho péče. Za zavedení bude možné systém považovat v okamžiku, kdy budou všichni ekonomicky aktivní občané vybaveni dostatečnými úsporami pro očekávanou potřebu péče, a na národním spořicí účtu bude dostatek prostředků pro financování péče pro státní pojištění.

Nelze opomenout politické riziko, jelikož povinné spoření bude obzvláště nízkopříjmovými domácnostmi vnímáno silně negativně, neboť bude snižovat jejich měsíční disponibilní příjem. Disponibilní příjem bude snížen i osobám s vyššími příjmy, ty však tuto změnu pravděpodobně přivítají, neboť systém soukromého spoření v jakékoli podobě respektuje princip zásluhovosti více, než pojištění na péči, ať už takto pojmenované, nebo odváděné ve formě jiných daní a poplatků.

Přechodový deficit individuálního pojištění lze odhadnout jako převis očekávaných celkových nákladů na financování služeb péče nad rozpouštěnými úsporami v daném roce. Pro zachování transparentnosti je nutné zachovávat základní předpoklady modelu.

Tabulka 53: Předpoklady modelu soukromého pojištění

Vysvětlující proměnná	Popis, hodnota	Zdroj
Reálné roční náklady na příjemce PnP	127 163 Kč	Výkaznictví MPSV ČR 2010 - 2012
Věk odchodu do důchodu		Zákon o důchodovém pojištění
Počet let mezi odchodem do důchodu a čerpáním služeb soc. péče	5 let	Konzultovaný expertní odhad
Počet let čerpání služeb soc. péče - muži	10	Konzultovaný expertní odhad
Počet let čerpání služeb soc. péče - ženy	16	Konzultovaný expertní odhad
Sazba úložek	2 %	Expertní doporučení
Rozdělení odvodů zaměstnavatel : zaměstnanec	2:1	Současný model odvodů na zdravotní pojištění

Celkové výdaje na systém služeb sociální péče v jednotlivých letech odpovídají základnímu scénáři. Výdaje individuálních klientů péče interpretujeme pro zjednodušení jako anuitní platbu odvozenou z výše jejich úspor, očekávané doby dožití a úrokové míry. Součtem anuitních výdajů všech klientů sociálních služeb v daném období lze dojít k úhrnným výdajům. Odečtením těchto úhrad ze soukromého spoření od celkových výdajů na systém služeb péče je určen deficit tohoto systému financování. Vzhledem k zakomponování prvku soukromého spoření jsou z modelu vypuštěny stávající soukromé úhrady, které by měly být spořením plně nahrazeny.

Rovnice 9: Anuitní úhrada služeb péče

$$V_a = S_T * \frac{i * (1 + i)^n}{(1 + i)^n - 1}$$

Kde

- V_a Roční výdaje individuálního klienta vyjádřené jako anuita
- S_T Úspory nashromážděné v okamžiku čerpání prvních služeb péče
- i Úroková míra
- n Počet let čerpání služeb péče

Deficit systému pak bude dán rozdílem mezi celkovými náklady systému péče v daném roce a všech úhrad příjemců služeb péče za stejné časové období.

Rovnice 10: Deficit systému péče financovaného prostřednictvím soukromého pojištění

$$Deficit = Celkové výdaje - \sum V_a$$

Kde

- $\sum V_a$ Součet anuitních úhrad všech klientů služeb péče

Aplikací uvedených vztahů na zpracováváný model vzniká následující očekávání deficitu. Z definice je jasné, že deficit vyjádřený jako procento celkových nákladů bude největší v době bezprostředně následující po kodifikaci reformy. Soukromé úhrady se při zachování výše uvedených předpokladů projeví nejdříve 7. rok po zavedení. 1. rok osoba spoří, následně je pět let v důchodu, ale nečerpá služby péče. V sedmém roce po zavedení pak začne

rozpouštět své úspory nahromaděné během posledního roku ekonomické aktivity před odchodem do důchodu. Dalšími faktory ovlivňujícími dostatečnost systému jsou demografická struktura a vývoj ekonomiky. Absolutní hodnotu deficitu ovlivňuje též případný rozdíl mezi sektorovou a celkovou inflací.

Tabulka 54: Deficit systému péče v letech 2015 - 2024 (v mld. Kč)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Celkové výdaje	43,84	45,56	47,37	49,19	51,15	53,15	55,34	57,71	60,17	62,71
Přebytek (deficit) ¹⁵⁸	-43,84	-45,56	-47,37	-49,19	-51,15	-53,15	-55,34	-57,44	-59,35	-61,08

V delším období se velmi výrazně zvyšuje proporce příjemců PnP, kteří již měli možnost během své ekonomické aktivity vytvářet úspory.

Tabulka 55: Deficit systému péče v letech 2025 - 2064 (v mld. Kč)

	2025	2035	2045	2055	2064
Celkové výdaje	65	100	142	190	254
Přebytek (deficit)	-63	-66	-27	39	138

Pokud by měl být systémový deficit dofinancován z veřejných zdrojů, což by v prvních letech odpovídalo v současnosti plánovaným veřejným výdajům zvýšeným o očekávané úhrady ze soukromých zdrojů klientů péče, které nelze zaměňovat s úsporami v rámci zvažovaného povinného individuálního pojištění, a musí být proto z modelu v tomto případě vypuštěny, byl by tento zvažovaný způsob financování vyhodnocen co do sledovaných atributů následovně¹⁵⁹.

Tabulka 56: Srovnání dopadů variant financování v členění dle zdroje financování

Atribut	Základní scénář			Soukromé pojištění		
	2015	2015-2019	2015-2044	2015	2015-2019	2015-2044
Celkové veřejné výdaje (v mld. Kč)	32,12	173,76	1 833,16	43,84	237,1	1 711,53
Přebytek (nedostatek) plánovaných veřejných výdajů (v mld. Kč) ¹⁶⁰	0,01	0,72	252,26	-11,71	-62,63	373,89
Soukromé výdaje (v mld. Kč)	11,71	63,34	681,33	0	0	802,96
Pojistné	Zaměstnavatel	0	0	0	0	0
	Zaměstnanec	0	0	0	0	0
Spoření	Zaměstnavatel	0	0	1,33 %	1,33 %	1,33 %
	Zaměstnanec	0	0	0,67%	0,67%	0,67%

Z tabulky je dobře patrné, že přechod na systém plně financovaný ze soukromého pojištění by znamenal pro státní rozpočet v krátkém období větší výdaje, ale ve střednědobém výhledu by ustil v dlouhodobě udržitelný systém imunní vůči nepříznivému vývoji demografické křivky¹⁶¹. Vzhledem k tomu, že lze očekávat odpor proti zvyšování veřejných výdajů v příštích letech, představujeme alternativní možnosti financování deficitního systému založeného na soukromém pojištění.

Deficit systému vyjádřený jako převis celkových nákladů na péči nad úhradami z úspor jeho momentálních klientů lze financovat prostřednictvím kombinace státních výdajů a přechodového povinného veřejného pojištění na péči, které by jako dočasné opatření fungovalo na principu PAYG popsaném v dřívějších kapitolách. Na základě demografického modelu je možné pro každý rok odhadnout deficit systému péče. Uhrazen pak bude kombinací státní pomoci a vybraného pojistného. Je na určení MPSV, jakým způsobem tuto kombinaci nastaví. V případě, že bude určena maximální výše veřejných výdajů, je zároveň určena i výše pojistného, které se musí v daném časovém období vybrat. Výše vybraného pojistného pak bude součinem sazby pojistného a celkových zdanitelných příjmů

¹⁵⁸ Přebytek celkových výdajů nad anuitními úhradami z úspor klientů

¹⁵⁹ Budu uvedeny pouze atributy ovlivnitelné daným opatřením

¹⁶⁰ Převis plánovaných veřejných výdajů (0,77% HDP) nad jejich skutečnou potřebou

¹⁶¹ Za předpokladu, že nedojde k významným ekonomickým šokům, které by vytvořily „ztracené generace“ občanů, jejichž ekonomická aktivita by byla po celý aktivní život významně ztížena okolními ekonomickými podmínkami

v ekonomice. Jelikož je nutné co nejméně omezovat schopnost občanů postupně spořit na své vlastní náklady spojené v budoucnu se péčí, doporučujeme přechodně zatížit povinným pojistným ty nejmladší občany tak, aby po dosažení určitého věku měli dostatek času akumulovat vlastní úspory. Čím větší věková skupina bude povinna pojistné odvádět, tím pomalejší bude tempo vytváření agregátních úspor na péči.

Rovnice 11: Rovnovážné pojistné

$$\begin{aligned} \text{Pojistné} + \text{Veřejné výdaje} &= \text{Celkové výdaje} - \text{Úspory klientů} \\ \text{Pojistné} &= \text{Celkové výdaje} - \text{Úspory klientů} - \text{Veřejné výdaje} \\ \text{Pojistné} &= \text{Sazba pojištění} * \text{Relevantní zdanitelné příjmy} \end{aligned}$$

Zároveň bude ovšem na příjmy této skupiny uplatňována menší sazba pojištění na péči. Výpočet sazeb pojistného následně proběhne na principu prezentovaném v předešlé kapitole. V úvahu bude ovšem v tomto případě brána pouze ta část celkových zdanitelných příjmů, která odpovídá zákonem vymezené skupině ekonomicky aktivního obyvatelstva. Některé kombinace financování deficitu prostřednictvím pojistného a veřejných výdajů shrnuje následující tabulka. Sazby pojištění jsou vždy uváděny jako součet sazeb zaměstnavatelů a zaměstnanců. S úhradami za státní pojištěnce se s ohledem na výpomoc z veřejného rozpočtu model nepočítá. Je uváděn průměr sazeb pro roky 2015 – 2024 a nejvyšší sazba za toto období. Veškeré údaje odpovídají zvažované sazbě povinné úložky 2 %.

Tabulka 57: Sazba pojistného ze zdanitelných příjmů v příštích deseti letech v závislosti na výši ročních vládních výdajů a rozhodného věku pro povinnost odvádět pojistné

Věková hranice	24		29		34		39		44	
Výše státních výdajů (v mld. Kč ročně)	průměr	max	průměr	max	průměr	max	průměr	max	průměr	max
10	36,73%	39,03%	15,49%	17,30%	8,73%	9,58%	5,86%	6,38%	4,29%	4,71%
20	27,97%	30,71%	11,81%	13,90%	6,65%	7,71%	4,47%	5,13%	3,27%	3,79%
30	19,21%	22,81%	8,13%	10,51%	4,57%	5,83%	3,07%	3,88%	2,24%	2,86%
40	10,45%	15,36%	4,46%	7,13%	2,49%	3,95%	1,67%	2,63%	1,22%	1,94%
50	2,99%	8,07%	1,32%	3,75%	0,73%	2,08%	0,49%	1,38%	0,36%	1,02%

Dalším důležitým atributem jednotlivých kombinací je výše a délka trvání nutné státní podpory. V případě povinné úložky ve výši 2 % zdanitelného příjmu a ekvivalentní sazbě pojištění 2 % by nutná státní pomoc k pokrytí deficitu odpovídala následujícímu. Výsledky jsou prezentovány jako průměr pomoci za roky 2015 – 2024 a její maximální výše v daném období.

Věková hranice pro spoření	24		29		34		39		44	
	průměr	max	průměr	max	průměr	max	průměr	max	průměr	max
Výše veřejných výdajů (v mld. Kč ročně)	50,59	58,98	48,19	56,56	44,97	52,94	41,36	48,85	37,33	44,51

Vliv věkové hranice se v prvních letech projeví pouze pozitivně, neboť na pojistném přiteče do státního rozpočtu značné množství prostředků. Příliš vysoko posazená laťka však povede k velmi snížené schopnosti vytvářet úspory a z hlediska dlouhodobé udržitelnosti tak bude neefektivní. Nehledě na určenou věkovou hranici se hodnota úspor a předpokládaných budoucích výdajů nových klientů služeb péče srovná v roce 2026 a dále budou úspory čím dál výrazněji převyšovat budoucí náklady. Celý systém se nestane přebytkovým (anuitní úhrady v úhrnu převyšují celkové náklady na péči v daném roce) dříve než v roce 2047. V případě, že by byla věková hranice pro povinnost odvádět pojistné stanovena na 39 let věku a vyšší, bude se doba dosažení přebytkovosti systému prodlužovat.

Věková hranice	24	29	34	39	44	49
Dostatečnost úspor ¹⁶² (rok dosažení)	2050	2050	2050	2053	n.a.	n.a.

¹⁶² Situace, kdy součet anuitních plateb dostatečně k financování veškerých výdajů na služby péče v daném roce.

Vzhledem k tomu, že určení rozhodného věku vyšší než 34 let nepovede k dřívější rovnováze nových klientů péče ale pouze k oddálení okamžiku finanční dostatečnosti systému, doporučujeme její maximální zvažovanou hranici stanovit právě na 34 let. Debata se následně povede o rozložení financování mezi pojistníky a veřejný rozpočet. S ohledem na výše popsané kombinace velikosti sazby pojistného a veřejných výdajů nutných ke kompenzaci systémového deficitu navrhuje určit sazbu ve výši 2 %, která nadbytečně nezatíží ekonomickou aktivitu, a zároveň bude pro státní rozpočet představovat ospravedlnitelné výdaje s ohledem na investiční charakter jejich navýšení. Navíc tato situace, kdy je poměr odvodu vůči zdanitelným příjmům stejný před i po překonání rozhodné věkové hranice, nebude mít žádné negativní stimulační účinky co do snahy vyvíjet ekonomickou aktivitu před a po překonání rozhodné věkové hranice.

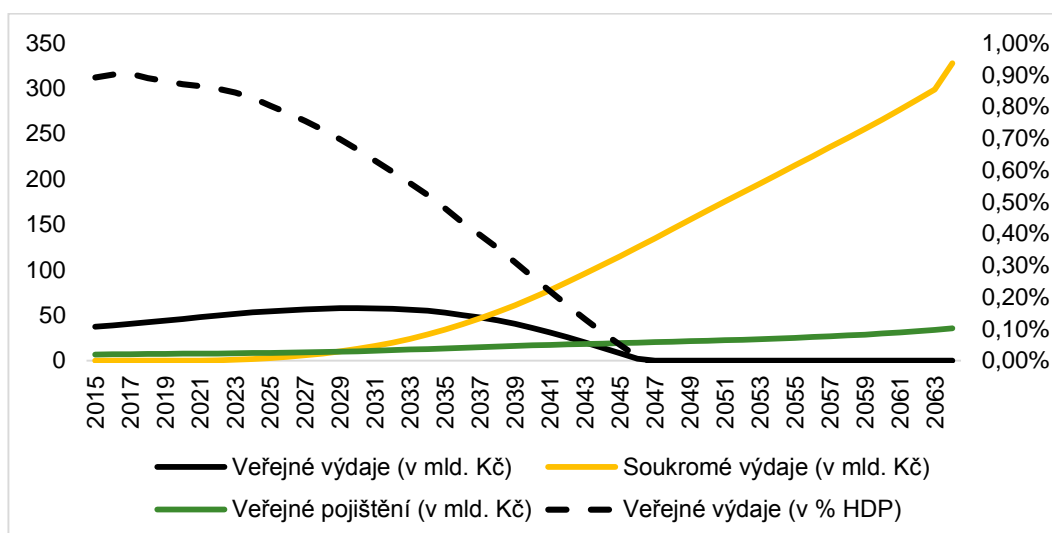
6.2.3.3 Sledované atributy

V případě zavedení povinného veřejného pojištění ve výši 2 % ze zdanitelných příjmů pro občany mladší 34 let a povinných odvodů do soukromého pojištění ve výši 2% zdanitelných příjmů pro ekonomicky aktivní občany starší 35 let, by systém služeb péče vykazoval následující atributy.

Tabulka 58: Sledované atributy (soukromé pojištění na péči – komparace se základním scénářem)

Atribut	Základní scénář			Soukromé pojištění		
	2015	2015-2019	2015-2044	2015	2015-2019	2015-2044
Celkové veřejné výdaje (v mld. Kč)	32,12	173,76	1 833,16	37,19	202,19	1 373,81
Přebytek (nedostatek) plánovaných veřejných výdajů (v mld. Kč)	0,01	0,72	252,26	-5,05	-27,71	711,61
Soukromé výdaje (v mld. Kč)	11,71	63,34	681,33	0	0	802,96
Veřejné pojištění (v mld. Kč)	0	0	0	6,65	34,92	337,92
Pojistné	Zaměstnavatel	0	0	1,33 %	1,33 %	1,33 %
	Zaměstnanec	0	0	0,67%	0,67%	0,67%
Spoření	Zaměstnavatel	0	0	1,33 %	1,33 %	1,33 %
	Zaměstnanec	0	0	0,67%	0,67%	0,67%

Graf 49: Sledované atributy - soukromé pojištění



Z grafu je patrné, jak s postupujícím časem veškeré výdaje na sociální systém hradí soukromé úspory střadatelů. Klíčový je zdroj financí, proto v grafu nejsou rozdělovány úspory čerpané jako vlastní, a úspory převedené v rámci dědického řízení na národní účet a nyní distribuované pod státní kontrolou. Vzhledem ke komplikovanosti systému a jeho přebytkovosti v dlouhodobém horizontu, nepovažujeme za nutné odvádět pojistné či úložky za státní pojištěnce. S tím, jak se bude systém blížit okamžiku rovnováhy, je možné postupně snižovat sazbu pojistného, nebo rozhodnou věkovou hranici. Doplňkové veřejné výdaje by znamenala například zvažovaná podpora atraktivity

spoření. Příplatky mohou být poskytovány během spoření, nebo ve fázi čerpání služeb péče, což je vzhledem k profilu veřejných výdajů v čase vhodnější varianta. Přechodové pojistné může být s postupnou saturací systému zrušeno, nebo dále použito k financování příspěvků k soukromému spoření do okamžiku, kdy budou i tyto financovatelné z prostředků nahromaděných na národním spořicímu účtu v rámci dědického vypořádání nevyčerpaných úspor jednotlivých střadatelů.

Zákonné ukotvení povinného veřejného pojištění pro osoby mladší 34 let a povinného soukromého pojištění na péči pro osoby starší 35 let dlouhodobě stabilizuje systém financování služeb sociální péče, který se v horizontu desítek let zcela obejde bez financování z veřejného rozpočtu. Prosazení tohoto opatření nicméně představuje velké politické riziko, neboť bezprostředně po zavedení změn do praxe bude nutné navýšit plánované veřejné výdaje. Toto navýšení má však z pohledu státního rozpočtu investiční charakter. Zavedení doplňkových odvodů na soukromé či veřejné pojištění by se zcela jistě setkalo s odporem na straně zaměstnanců a celé ekonomicky aktivní veřejnosti.

6.2.4 Kombinace povinného veřejného a soukromého pojištění

O kombinaci veřejného a soukromého pojištění bylo již mnoho napsáno v předešlé kapitole v části věnované přechodovému financování období po zavedení reformy. V případě, že se nejedná o diskreční opatření, ale o mechanismus zabudovaný do těla systému, je vhodnější nerozdělovat veřejné a soukromé pojištění horizontálně podle věku, ale vertikálně, prostým rozdělením povinných odvodů na část směřující na individuální spořicí účet u pověřené instituce a část financující na principu PAYG aktuální potřeby systému.

Pro individuální rovnováhu každého spořitele platí stejné podmínky jako v předešlé kapitole. Jelikož je v tomto případě veřejné pojištění kmenovým, a nikoli pouze přechodným elementem, je nutné jej zahrnout do výpočtu finanční dostatečnosti systému.

Rovnice 12: Finanční dostatečnost systému pojištění

$$\sum V_a + \text{Pojistné} \geq \text{Celkové výdaje}$$

$$V_a = S_T * \frac{i * (1 + i)^n}{(1 + i)^n - 1}$$

Kde

$\sum V_a$	Součet anuitních úhrad všech klientů služeb péče
V_a	Roční výdaje individuálního klienta vyjádřené jako anuita
S_T	Úspory nashromážděné v okamžiku čerpání prvních služeb péče
i	Úroková míra
n	Počet let čerpání služeb péče

Při stanovování povinných odvodů a jejich skladby je opět nutné vyjít ze schopnosti budoucích klientů služeb péče tuto financovat z vlastních nastřádaných úspor. V tomto případě se ovšem problém spojitých nádob objevuje ještě před určením deficitu k profinancování, neboť určené povinné odvody na soukromé pojištění určují následnou schopnost hradit sociální služby, jejímž odečtením od očekávaných celkových výdajů na služby péče lze dojít k deficitu, který je nutno financovat prostřednictvím části odvodů směřující do veřejného průběžného systému pojištění. Opět vycházíme z přesvědčení, že pokud se v systému objeví komponenta soukromého spoření, mělo by toto spoření zcela nahradit současné soukromé výdaje, které jsou proto z kalkulace vypuštěny.

Jistým zjednodušením je aplikace totožné sazby celkových odvodů ve výši 2 %, která má ovšem opodstatnění s ohledem na nutnost zachování porovnatelnosti jednotlivých modelů financování. Otázkou nadále zůstává rozdělení odvodů, přičemž platí, že čím větší část odvodů bude směřovat do průběžového systému, tím nižší budou nutné veřejné výdaje, a tím vzdálenější bude zároveň okamžik, kdy se celý systém dostane do rovnováhy a bude se schopen financovat z nastřádaných soukromých úspor. V rámci snahy o co nejrychlejší kumulaci úspor budou prezentovány i varianty, kde by docházelo k dofinancování deficitu ze státního rozpočtu.

Tabulka 59: Modelace základních ukazatelů v závislosti od sazby pojistného

Sazba soukromého pojištění	2,00%	1,75%	1,50%	1,25%	1,00%	0,50%
Sazba veřejného pojištění	0,00%	0,25%	0,50%	0,75%	1,00%	1,50%
Individuální rovnováha ¹⁶³ (rok dosažení)	2026	2026	2027	2028	2029	2034
Dostatečnost úspor ¹⁶⁴ (rok dosažení)	2050	2054	2059	n.a.	n.a.	n.a.
Dostatečnost systému ¹⁶⁵ (rok dosažení)	2050	2051	2053	2056	2060	n.a.
Veřejné výdaje 2015-2019 (v mld. Kč)	237,1	218,14	199,19	180,23	161,27	123,35
Veřejné výdaje 2015-2044 (v mld. Kč)	1 711,53	1 616,93	1 522,33	1 427,72	1 333,12	1 143,91
Přebytek (nedostatek plánovaných veřejných výdajů 2015 - 2019 (v mld. Kč)	-62,63	-43,67	-24,71	-5,75	13,21	51,13
Přebytek (nedostatek plánovaných veřejných výdajů 2015 - 2044 (v mld. Kč)	373,89	468,5	563,1	675,7	752,31	941,52

Vyhodnocení prezentovaných údajů bude předmětem diskuze ohledně důležitosti jednotlivých faktorů. Je-li cílem MPSV ve střednědobém horizontu dosáhnout trvale udržitelného systému, nedoporučujeme do veřejného pojištění odvádět více než 0,50 % zdanitelných příjmů. Politicky nejprůchodnější variantou se pak s ohledem na potřebu veřejných výdajů jeví právě tato hraniční možnost.

6.2.4.1 Sledované atributy

V případě zavedení kombinace povinného soukromého pojištění ve výši 1,50 % a povinného veřejného pojištění ve výši 0,50 % ze zdanitelných příjmů pro všechny ekonomicky aktivní občany by systém služeb péče vykazoval následující atributy.

Tabulka 60: Sledované atributy (povinné veřejné a soukromé pojištění – komparace se základním scénářem)

Atribut	Základní scénář			Soukromé pojištění		
	2015	2015-2019	2015-2044	2015	2015-2019	2015-2044
Celkové veřejné výdaje (v mld. Kč)	32,12	173,76	1 833,16	36,89	199,19	1 522,33
Přebytek (nedostatek) plánovaných veřejných výdajů (v mld. Kč)	0,01	0,72	252,26	-4,76	-24,71	563,10
Soukromé výdaje (v mld. Kč)	11,71	63,34	681,33	0	0	602,22
Veřejné pojištění (v mld. Kč)	0	0	0	6,95	37,92	389,95
Pojistné	Zaměstnavatel	0	0	0,33 %	0,33 %	0,33 %
	Zaměstnanec	0	0	0,17%	0,17%	0,17%
Spoření	Zaměstnavatel	0	0	1 %	1 %	1 %
	Zaměstnanec	0	0	0,50%	0,50%	0,50%

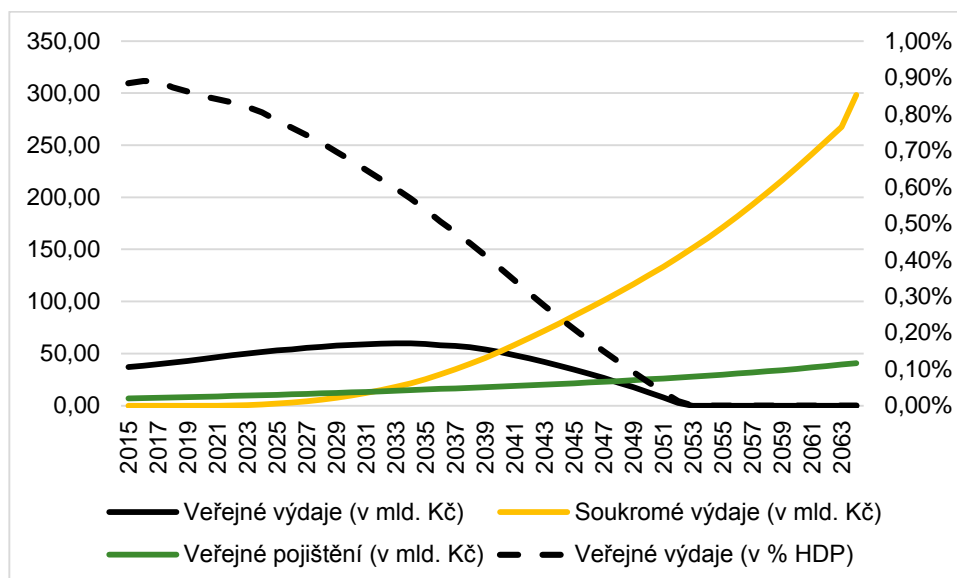
Z výše uvedeného srovnání je zřetelná zvýšená potřeba veřejných výdajů v letech bezprostředně následujících po zavedení systémových změn. Ve střednědobém horizontu však již dochází k významným úsporám, přičemž se zároveň celý systém výrazně přibližuje okamžiku dlouhodobé udržitelnosti z úspor občanů.

¹⁶³ Všichni noví klienti sociálních služeb mají dostatečné úspory k jejich financování

¹⁶⁴ Situace, kdy součet anuitních úhrad klientů dostatečně k financování celkových výdajů na služby péče v daném roce

¹⁶⁵ Situace, kdy součet anuitních úhrad klientů a odvedeného pojistného dostatečně k financování celkových výdajů na služby péče v daném roce

Graf 50: Sledované atributy – kombinace veřejného a soukromého pojištění



Predikované celkové výdaje zahrnují i výdaje za státní pojištění. Z grafu je patrné, jak s postupujícím časem veškeré výdaje na sociální systém hradí soukromé úspory střadatelů a vybrané pojistné. Klíčový je zdroj financí, proto v grafu nejsou rozdělovány úspory čerpané jako vlastní, a úspory převedené v rámci dědického řízení na národní účet a nyní distribuované pod státní kontrolou. Vzhledem ke komplikovanosti systému a jeho přebytkovosti v dlouhodobém horizontu, není nutné odvádět pojistné či úložky za státní pojištění. Po dosažení okamžiku dostatečnosti úspor je možné snížit sazbu odvodů na povinné veřejné pojištění, nebo tyto prostředky použít k financování strategických projektů či příplatků k soukromému spoření. Příplatky mohou být poskytovány během spoření, nebo ve fázi čerpání služeb péče, což je vzhledem k profilu veřejných výdajů v čase vhodnější varianta.

Zavedení povinného veřejného a soukromého pojištění obdobně jako varianta ryziho soukromého pojištění povede v dlouhodobém horizontu ke stabilizaci systému, který pak bude nezávislý na státním rozpočtu. Na počátku však bude nutné veřejné výdaje navýšit, což spolu s implikovaným zvýšením daňového zatížení práce povede k odporu ze strany zaměstnavatelů a ekonomicky aktivní veřejnosti.

6.2.5 Povinné veřejné pojištění (rizikové)

Z diskusí s experty z oboru pojišťovnictví vyplynula možnost soukromého pojištění fungujícího na podobném principu jako například povinné ručení za škody způsobené provozem motorového vozidla. V takovém případě ekonomicky aktivní občané a zaměstnavatelé odvádějí pojistné ze zdanitelných příjmů, avšak odváděním pojistného by nevznikalo jakékoli právo na budoucí čerpání benefitů. To by bylo podmíněno vyvstanutím nutné potřeby péče, která by byla v souladu s terminologií používanou v oboru pojišťovnictví byla škodnou událostí. Vzhledem k povinnosti každého ekonomicky aktivního občana odvádět pojistné a k neměnné velikosti práva na plnění s ohledem na velikost odvodů nelze hovořit o možnosti tato práva na plnění dědit. Tento způsob financování systému v současné chvíli MPSV nezvažuje, pro celistvost obrazu poskytovaného touto studií jsou v reakci na vyjádření odborníků na setkáních u kulatého stolu prezentovány základní charakteristiky a úskalí tohoto způsobu financování systému.

Z pohledu účastníka pojistného schématu se jedná o podobnou situaci jako v případě veřejného pojištění, kdy za povinné odvody odvozené z výše zdanitelných příjmů získává právo na definovaný standard sociální péče. Lze očekávat, že schéma administrované pojišťovnou by bylo z hlediska provozních nákladů dražší z důvodu vnitřních procesů probíhajících v pojišťovnách. Pro ilustraci je možné přiblížit mechanismus cenotvorby dříve zmíněno povinného ručení za škody způsobené provozem motorového vozidla.

Rovnice 13: Stanovení výše pojistného

$$P = LR + C + M$$

Kde

P	Pojistné
LR	Škodní poměr
C	Náklady pojišťovny
M	Marže pojišťovny

Škodní poměr je možné interpretovat jako očekávané pojistné plnění, tedy v našem případě náklady na služby péče. Z výše uvedeného vzorce vyplývá, že kromě škodního poměru je nutné na pojistném vybrat dostatek prostředků ke kompenzaci nákladů pojišťovny a vytvoření přiměřeného zisku. Odborníci z odvětví pojišťovnictví konstatují, že podíl škodního poměru na předepsaném pojistném dosahuje hodnoty pouze 65 %. Při výpočtu sazby zdanění příjmů pro případ veřejného pojištění bylo od nákladů na administraci abstrahováno. Podle této logiky by sazby pojistného ze zdanitelných příjmů musely činit minimálně 2,8 %. Otázkou zůstává, nakolik je státní administrace systému skutečně efektivnější, a nakolik je rozdíl způsoben nedostatečným sledováním a vykazováním těchto administrativních nákladů.

Při snaze o zavedení tohoto systému bude nutné dobře uvážit, jak soukromé pojišťovny motivovat k účasti. S největší pravděpodobností by bylo nutné, aby celý systém obsluhovala jedna pojišťovna, neboť by v tomto případě nebylo možné počítat s přirozeným efektem tržního prostředí. Vzhledem k centrálně nařízeným odvodům by pojišťovací společnosti nemohly konkurovat cenou produktu. V případě určení standardů péče by případně mohly konkurovat výší tohoto standardu – velikostí pojistného plnění. Největším omezením volné soutěže by ovšem byla nutnost nařídít pojišťovnám neodmítat klienty s velkou pravděpodobností incidence škodní události, což jde zcela proti logice pojistné matematiky a fungování pojišťoven. Obsluhující pojišťovna by byla vybrána prostřednictvím veřejné soutěže, ve které již by cena mohla být hodnotícím kritériem. MPSV by ovšem v takovém případě muselo zřídit dostatečné kontrolní mechanismy, které by zajišťovaly, že penzijní společnost skutečně vyplácí plnění tak, aby byla pro všechny závislé osoby zajištěna péče v odpovídajícím standardu. Vzhledem ke složitosti problému a dlouhodobému horizontu by bylo nutné správce systému vybírat vždy alespoň na pět let. Administraci tohoto nového systému pojištění služeb péče vyhodnotí všechny soukromé pojišťovny jako velmi rizikový projekt. Pro zvýšení jejich motivace zapojit se je možné uvažovat o garanci rozumným způsobem vypočteného zisku, například formou kompenzace závazku veřejné služby obdobně jako v případě podniků provozujících spoje městské hromadné dopravy. Toto by se ovšem neobešlo bez velmi významné standardizace úhradového procesu a nutnosti intenzivního dohledu státní správy, což atraktivitu projektu v očích pojišťoven velmi významně sníží.

Vzhledem k očekávaným vysokým nákladům a dalším implementačním úskalím Zpracovatel MPSV nedoporučuje zařadit popisovanou variantu soukromého pojištění mezi zvažované varianty financování a dále jej nebude do studie zahrnovat.

6.2.6 Komparace

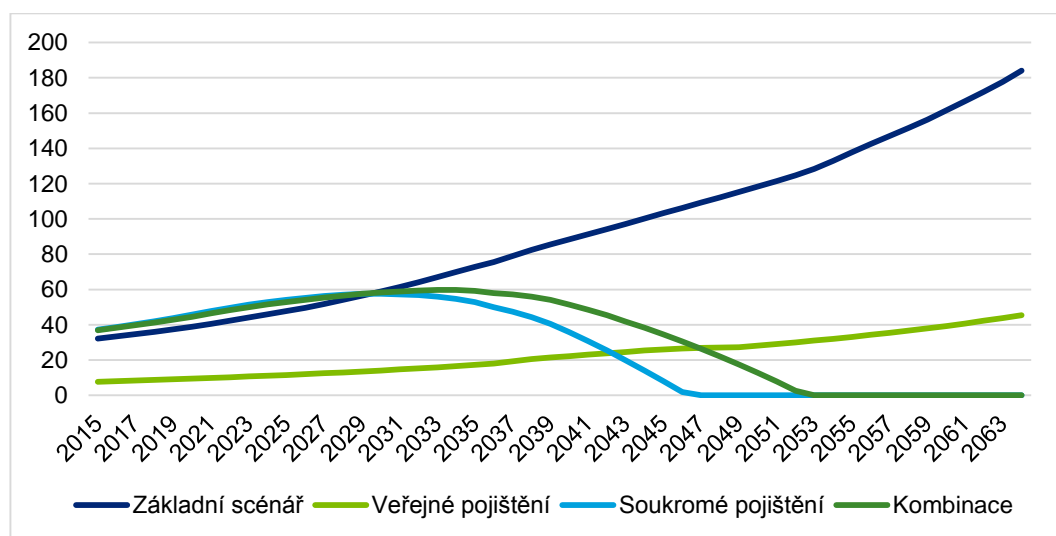
Současný rozpočet příjmovou stránku kapitoly financování péče neřeší, a zavedení kteréhokoli ze zvažovaných systémů bude zcela novým elementem. Analýza jednotlivých variant nedala důvod k jednoznačnému zamítnutí žádné z nich. Jedná se o opatření ve veřejném zájmu, v úvahu je proto nutno vzít více faktorů, než jen ekonomickou racionalitu. Základní dopady zvažovaných variant uvádí následující tabulka a grafy.

Tabulka 61: Komparace zvažovaných variant

	Základní scénář	Veřejné pojištění	Soukromé pojištění	Soukromé a veřejné pojištění
Veřejné výdaje 2015-2019	173,76	42,2	202,19	199,19
Veřejné výdaje 2015-2044	1833,16	448,5	1373,81	1522,33
Přebytek (nedostatek) veřejných výdajů 2015-2019	0,72	132,27	-27,71	-24,71
Přebytek (nedostatek) veřejných výdajů 2015-2044	252,26	1636,93	711,61	563,1
Soukromé výdaje 2015-2019	63,34	63,34	0	0
Soukromé výdaje 2015-2044	681,33	681,33	802,96	602,22
Zatížení práce - pojištění	0	1,80%	2,00%	2,00 %
Zatížení práce - spoření	0	0	2,00%	2,00 %
Rok dosažení	n.a.	n.a.	2050	2053

Z pohledu celkových veřejných výdajů za sledované období se jednoznačně nejlépe jeví varianta povinného veřejného pojištění. Z již zmíněného je patrné, že zavedení soukromého pojištění, ať už v kombinaci s veřejným pojištěním či nikoli, má z pohledu státního rozpočtu investiční charakter a je spojeno se zvýšením výdajů na počátku a velmi výraznou úsporou nákladů v budoucnu. Veřejné výdaje variant pouhého a kombinovaného soukromého pojištění se v krátkém období liší minimálně, což je způsobeno podobnou výší vybraného pojistného do veřejného systému v obou modelovaných případech. Ve střednědobém horizontu dochází k největším úsporám veřejných výdajů v případě ryze soukromého pojištění. Jelikož je věková hranice přechodového období stanovena na 34 let, povinné veřejné odvody nesnižují schopnost pojistníků nahromadit úspory na své vlastní stáří, jak je tomu v případě kombinovaného veřejného a soukromého pojištění, kdy je povinnost odvodů do veřejného pojištění uvalena na všechny ekonomicky aktivní občany bez ohledu na věk. Srovnání jednotlivých variant co do veřejných výdajů prezentuje následující tabulka.

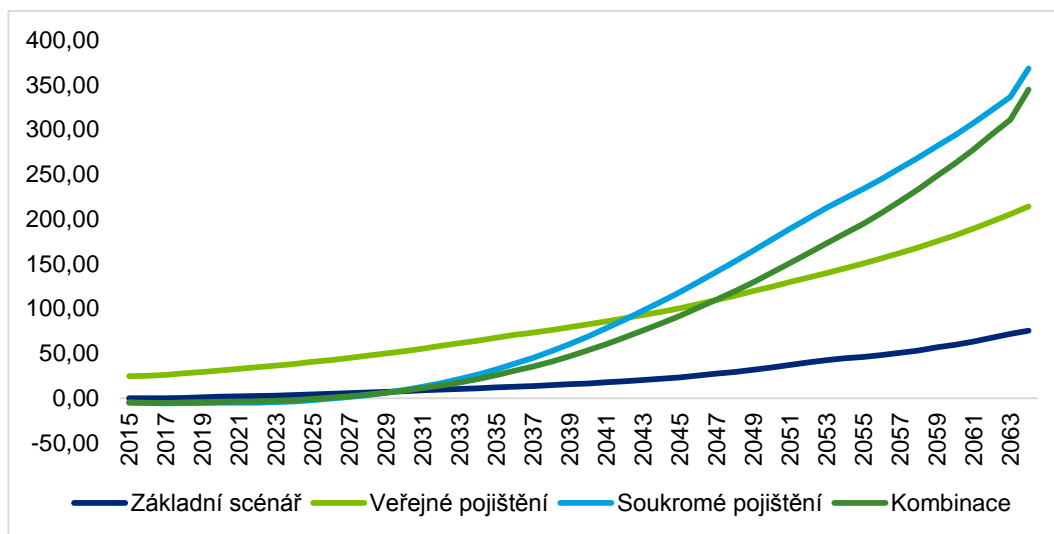
Graf 51: Dlouhodobý výhled veřejných výdajů dle jednotlivých variant (v mld. Kč)



Veřejné výdaje jednotlivých variant je nutno posuzovat absolutně, relativně vůči HDP a vůči plánovaným, respektive očekávaným výdajům. V současnosti odpovídá výše veřejných výdajů na financování systému péče 0,77% HDP České republiky. Velmi pozitivní výhled hospodářské produktivity způsobuje, že i při zachování status quo si systém služeb péče vyžádá výdaje nižší než 0,77% HDP v daném roce. S ohledem na riziko odchylky predikce výkonu

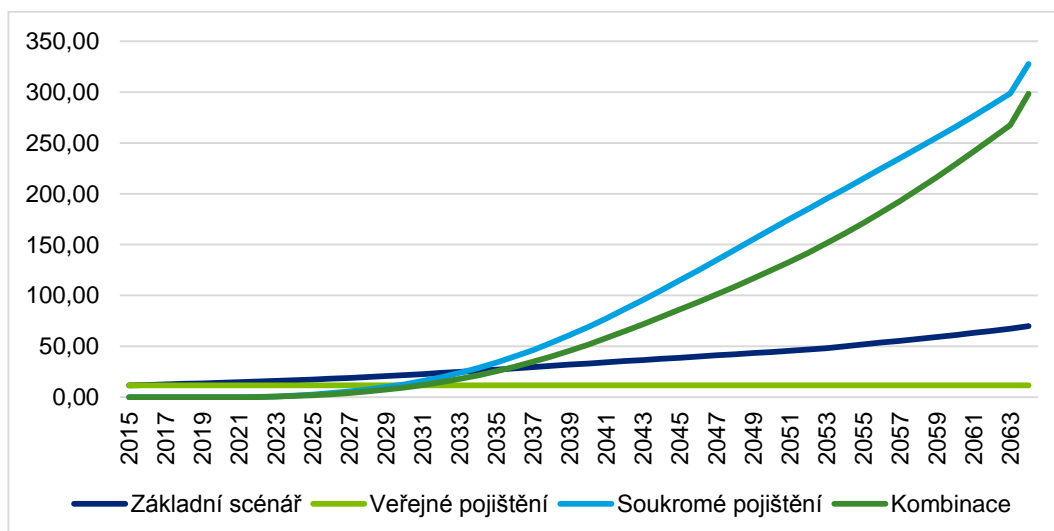
ekonomiku v takto dlouhém časovém období a napjatost státního rozpočtu důrazně doporučujeme i přesto zavést systémové změny financování služeb péče. Veřejné výdaje jsou ve všech variantách kalkulovány jako doplněk k velikosti celkových výdajů po odečtení soukromých úhrad a případně vybraného pojistného do veřejného pojištění.

Graf 52: Přebytek plánovaných veřejných výdajů ve výši 0,77 % HDP v dlouhodobém výhledu dle jednotlivých variant (v mld. Kč)



V současné době představují soukromé úhrady zdroj financování více než 26 % celkových nákladů systému. Schopnost jednotlivých klientů hradit péči z vlastních prostředků se však velmi různí, a ani v současné situaci nelze s jistotou říci, že náklady na péči nejsou pro žádnou osobu se stupněm závislosti prohibitivní. Stejně tak nelze s jistotou spoléhat na schopnost klientů dlouhodobě hradit rostoucí náklady systému ve stejné procentuální výši. Ve variantách soukromého a kombinovaného pojištění se soukromými zdroji rozumí uvolňované povinně naspořené prostředky, jejichž úhrn podléhá obecným ekonomickým rizikům, ale ne riziku neodpovědného hospodaření daného občana. Největších soukromých úspor je dosahováno v systému ryziho soukromého pojištění. Kombinované pojištění snižuje schopnost občanů spořit, jelikož jim nařizuje část potenciálních úspor odvádět do průběhového systému veřejného pojištění. Oba systémy však v dlouhodobém výhledu dosáhnou rovnováhy, kdy se zcela obejdou bez dalších veřejných výdajů. Soukromé pojištění dosáhne rovnováhy v roce 2047 a kombinovaná varianta o 6 let později.

Graf 53: Dlouhodobý výhled soukromých výdajů dle jednotlivých variant (v mld. Kč)

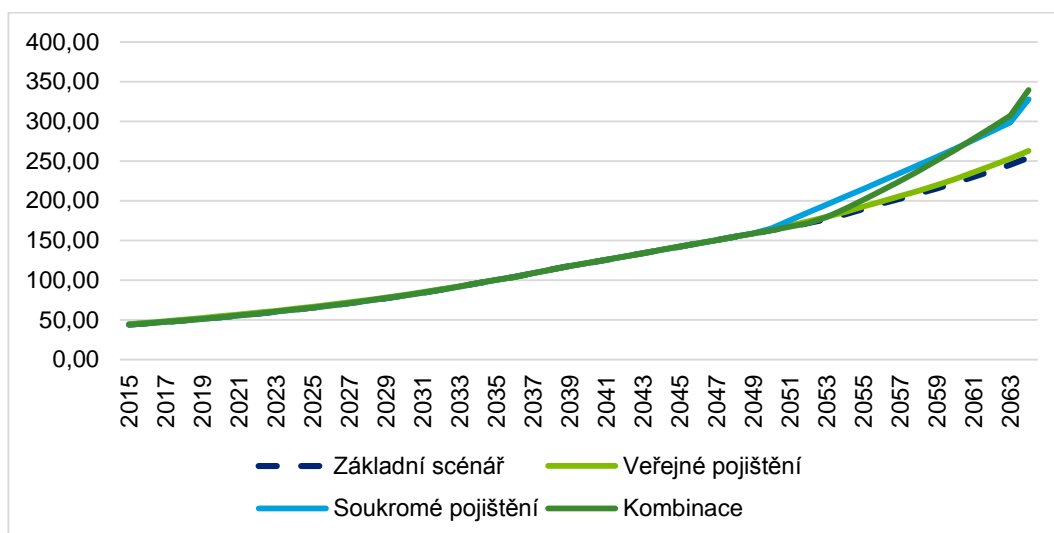


Systém péče nemusí končit rozpočtové období s nulou, ba naopak je žádoucí, aby postupně vytvářel úspory. V případě veřejného pojištění je správcem národního účtu stát, který nemusí vybrané prostředky nutně rozdělovat, ale měl by akumulovat úspory pro případ nižšího výběru pojistného v budoucnu. V případě soukromého pojištění bude na národní účet převáděna část povinných úspor, které se stanou předmětem dědického řízení. Tyto převedené prostředky pak stát použije k hrazení péče o osoby, které své úspory již vyčerpaly, nebo je

nikdy nevytvořily s ohledem na dlouhotrvající nepříznivou ekonomickou situaci. Zdroji těchto výdajů administrovaných státem jsou soukromé úspory, proto jsou vždy považovány za úhrady ze soukromých zdrojů.

V dlouhodobém výhledu vytvoří všechny zvažované varianty přebytky a systémem péče tak bude protékat více finančních prostředků. Tyto přebytky mohou být použity ke zvyšování standardů péče, či k vytváření rezervy do budoucna. Zároveň může být na základě přebytků zrušena přechodová veřejná složka soukromého spojení a veřejná složka v případě kombinovaného spojení. Zrušení veřejné složky kombinovaného systému by snížilo zatížení práce, což by vedlo k další podpoře ekonomické aktivity a zprostředkovaně opět stimulovalo schopnost vytvářet úspory. Úhrn financí v systému uvádí následující graf. Základní scénář je nejnížší možnou variantou, neboť odpovídá celkovým nákladům na péči při zachování jejich současných standardů a dostupnosti.

Graf 54: Dlouhodobý výhled financování systému služeb dlouhodobé péče (v mld. Kč)



Ryze ekonomický pohled v případě rozhodování ve veřejném zájmu nepostačuje. Další důležité charakteristiky jednotlivých zvažovaných variant uvádí následující shrnutí. Varianty jsou dle jednotlivých kritérií hodnoceny pořadím, kdy je varianta označená číslem 1 z hlediska daného kritéria nejvhodnější.

Tabulka 62: Multikritériální komparace

	Veřejné pojištění	Soukromé pojištění	Kombinace
Krátkodobé náklady	1	3	2
Dlouhodobé náklady	3	1	2
Dlouhodobá udržitelnost	3	1-2	1-2
Zvyšování standardu péče v dlouhodobém horizontu	3	1-2	1-2
Politické riziko – zatížení práce	1	2-3	2-3
Zásluhovost	3	1	2

Ke stanovení konečného pořadí jednotlivých variant je nutné přiřadit jednotlivým kritériím váhu podle preferencí řídicího orgánu. Všechny tři zvažované varianty mají racionální opodstatnění a představují v dlouhém období úlevu pro veřejný rozpočet. Varianta veřejného pojištění slibuje okamžité dlouhodobé úspory, ovšem systém nikdy nebude zcela nezávislý na státním rozpočtu. Varianta soukromého pojištění a jeho kombinace se po svém zavedení pojí se zvýšenými náklady, ale v dlouhém období vede k velmi výrazným úsporám, a to do té míry, že vytvoří systém služeb péče financovaný výhradně ze soukromých úspor v případě ryziho soukromého spojení, a ze soukromých úspor a pojistného v případě kombinované varianty. Ekonomicky se jako nejvhodnější jeví varianta ryze soukromého spojení s nutnými přechodovými opatřeními. Vzhledem k ostatním kritériím, které musí MPSV brát v potaz, zpracovatel doporučuje dále rozpracovat variantu kombinace povinného soukromého a veřejného pojištění.

Při interpretaci výsledků simulace je nutno mít na paměti, že predikce agregátních zdanitelných příjmů v ekonomice je obdobně optimistická, jako predikce výše nominálního HDP. Výše agregátních zdanitelných příjmů a výše HDP

jsou velmi silně korelované, a nenadálé události, které by výrazně zhoršily predikovaný vývoj výkonu ekonomiky, by měly za následek menší výběr pojistného či tvorbu úspor. Zatímco skutečný vývoj demografické struktury se od projektované s největší pravděpodobností výrazně neodchýlí, agregátní příjmy ekonomicky aktivního obyvatelstva jsou ovlivňovány celou řadou faktorů, např. důsledky finanční krize a geopolitickými událostmi.

S ohledem na zdanění práce, které je v České republice velmi vysoké a pro některé investory i prohibitivní, a podíl příjmů z pojištění odváděného ze zdanitelných příjmů na celkových příjmech českého státního rozpočtu je záhodno neuvolat povinnost odvodů na soukromé či veřejné pojištění služeb péče nad rámec současných odvodů, jejichž skladbu je namísto toho vhodné restrukturalizovat.

6.3 Dopady aplikace zahraničních zkušeností v oblasti zefektivnění financování péče do ČR

Opatření doporučená na základě zahraničních zkušeností s financováním systému péče vykazují společné znaky a další podobnosti. Souhrnně lze v zahraničí vyzorovat následující tendence:

- Nalezení dodatečných zdrojů na financování péče
- Snižování výdajů na péči
- Optimalizace systému financování péče pro příjemce a neformální pečovatele

Tabulka 63: Souhrn zahraničních zkušeností

Financování systému	<ul style="list-style-type: none"> • Sociální pojištění • Zapojení obcí a krajů
Snižování výdajů	<ul style="list-style-type: none"> • Diferenciace výše PnP (příjemce, typ péče) • Limitovaná maximální výše sociálních dávek • Testování příjmů a majetku • Změna struktury poskytování služeb – přesun péče z institucí do domácností
Optimalizace systému	<ul style="list-style-type: none"> • Přímé výplaty neformálním pečovateltům • Přechodový příspěvek • Hmotné dávky

Financování systému

V oblasti financování systému povinným pojištěním se MPSV hodlá inspirovat, čemuž odpovídá rozsah a hloubka analýzy aplikovatelnosti modelu financování péče z povinného pojištění. Významnější zapojení krajů a obcí leží mimo gesci MPSV a proto není v této studii analyzováno.

Snižování výdajů

Snaha o snížení veřejných výdajů při zachování odpovídající úrovně a dostupnosti péče bude v každém případě znamenat zvýšení administrativní náročnosti. Klasifikace žadatelů o příspěvek na péči bude náročný proces, pro který budou muset být stanovena transparentní kritéria, ale vzhledem k politické citlivosti tématu bude nutné ke každému případu přistupovat alespoň částečně individuálně. Jednodušší bude z tohoto pohledu klasifikace žadatelů podle jasných skutečností, nebo jinak prokazatelného statutu, např. důchodce, nezletilý, nesvéprávný, apod.

Určení maximální výše sociálních dávek je politicky výbušné, ale zároveň průchodné opatření, a to za předpokladu, že bude tato hranice stanovena tak, aby nikdo nebyl z odpovídající péče vyloučen, ale aby bylo zároveň zamezeno účelovému zneužívání dávek nebo jejich nesmyslné kumulaci. Pro vyčíslení dopadů tohoto opatření by nicméně bylo nezbytné znát údaje o frekvenci souběhů s jinými sociálními dávkami a jejich výši.

Testování příjmů a majetku je mnohem ožehavější, neboť zákonitě povede k převádění majetku a zatajování příjmů. Mohlo by se stát, že implicitní náklady na klasifikaci žadatelů převáží úspory z této klasifikace plynoucí. Nedoporučujeme zároveň testovat majetkovou situaci fyzické osoby poskytující péči. V takovém případě by docházelo k situacím, že dvě osoby jsou za výkon identické práce rozdílně odměňovány.

Diferenciace výše podpory podle typu péče je rozumná, a možná bez větších administrativních nároků, zejména v případě zavedení přímých plateb všem poskytovatelům péče, jak navrhuje další z opatření.

Z dostupných dat vyplývá, že dodatečné veřejné náklady se podle typu poskytované péče značně liší.

Tabulka 64: Dodatečné veřejné výdaje podle typu péče (v Kč/měsíc)

	Pobytové registrované	Ostatní registrované
Veřejné výdaje nad rámec PnP (v Kč/měsíc)	8 970	8 120

Zdroj: *Statistiky o vyplacených dávkách MPSV ČR 2012 - 2013*

Zároveň lze předpokládat, že příjemci PnP využívající pobytové služby patří mezi osoby s vyššími stupni závislosti, a rozdíl v celkových veřejných nákladech per capita bude tedy ještě markantnější. K potvrzení této domněnky nicméně nedisponujeme validními daty. Vyjdeme-li pouze z údajů uvedených v Tabulce 11, můžeme modelovat vliv přesunutí těžiště péče do domácností příjemců PnP. Reálně bude tato snaha omezena skutečností, že někteří příjemci PnP vyžadují neustálý dohled pečující osoby a jejich umístění v pobytovém zařízení je v podstatě nevyhnutelné.

Optimalizace systému

V oblasti operační optimalizace jsou zahrnuta opatření, která jsou v rámci dobré praxe využívána v zahraničí. Jejich efekt se nakonec projeví v nižších nákladech a tedy větší efektivitě systému.

Přímé výplaty neformálním pečovatелům nepřináší pro státní rozpočet žádnou změnu. Přínos spatřujeme v jasné definované odpovědnosti za péči o daného příjemce PnP. Přímá výplata rovněž umožňuje zavedení dalšího opatření, kterým je vyplácení hmotných dávek, které jsou v přepočtu na hodnotu předmětu dávky vyšší než dávky peněžní. Přímé úspory plynoucí z tohoto opatření jsou přímo závislé na vyjednávací síle státu při nákupu předmětů věcných dávek. Tyto úspory na straně nákupu tvoří dolní limit celkových úspor. Další prostor pro úspory vytváří skutečnost, že u některých příjemců PnP je vykazována nadbytečná péče, k čemuž by dále nedocházelo.

Výplata přechodového příspěvku po dobu vyřizování žádosti o přiznání nároku na PnP neznamena pro státní rozpočet další náklady, ale může velmi zásadně ulehčit situaci žadatelům, jejichž domácnost by se do vyřízení žádosti mohla dostat do vážné ekonomické situace. Poskytnuté příspěvky by byly v případě kladného vyřízení žádosti započteny proti dlužné částce za PnP od rozhodného data počátku nároku do dokončení procesu vyřízení žádosti, respektive výplaty prvního PnP. Přechodové příspěvky poskytnuté bez odpovídajícího nároku, tedy příspěvky vyplacené osobám, jejichž žádost o přiznání nároku na PnP byla zamítnuta, budou zpětně vymahatelné. Potenciální riziko plyne z pravděpodobné špatné vymahatelnosti částí těchto neoprávněně čerpaných přechodových příspěvků, které budou muset v takovém případě být odepsány, čímž státnímu rozpočtu vznikne dodatečný náklad. Zavedení tohoto opatření by též zvýšilo náročnost z pohledu cashflow, neboť by přechodový příspěvek měl být vyplacen neprodleně po přijetí žádosti o přiznání nároku na PnP, zatímco za stávající situace existuje časová rezerva spočívající v době potřebné k vyřízení žádosti.

6.3.1 Posouzení vhodnosti aplikace zahraničních zkušeností do ČR

V následující kapitole jsou shrnuty opatření vyplývající z dobré praxe ze zahraničí, které byly v předešlých fázích projektu zpracovávaných Dodavatelem vytipovány jako vhodné k aplikaci v institucionálním prostředí České republiky. U jednotlivých opatření byla provedena modelová simulace dopadů. Zpracovatel zároveň zkoumal možnost kumulativních opatření v případě, že se taková opatření z podstaty věci nevyklučují, nebo by jejich současná realizace nebyla spojena s jinými racionálně identifikovatelnými prohibivními úskalími.

Některá opatření vyžadují strukturální reformy státního rozpočtu, pro jejich zavedení by tedy byla nutná obecná mezirezortní shoda. Vzhledem k aktuálně dostupným informacím nelze dopady některých doporučených opatření odhadovat s dostatečnou mírou jistoty, jejich efekt proto nebude kvantifikován, ale bude slovně popsán a uveden do souvislostí a kontextu.

Tabulka 65: Opatření doporučená na základě zahraničních zkušeností

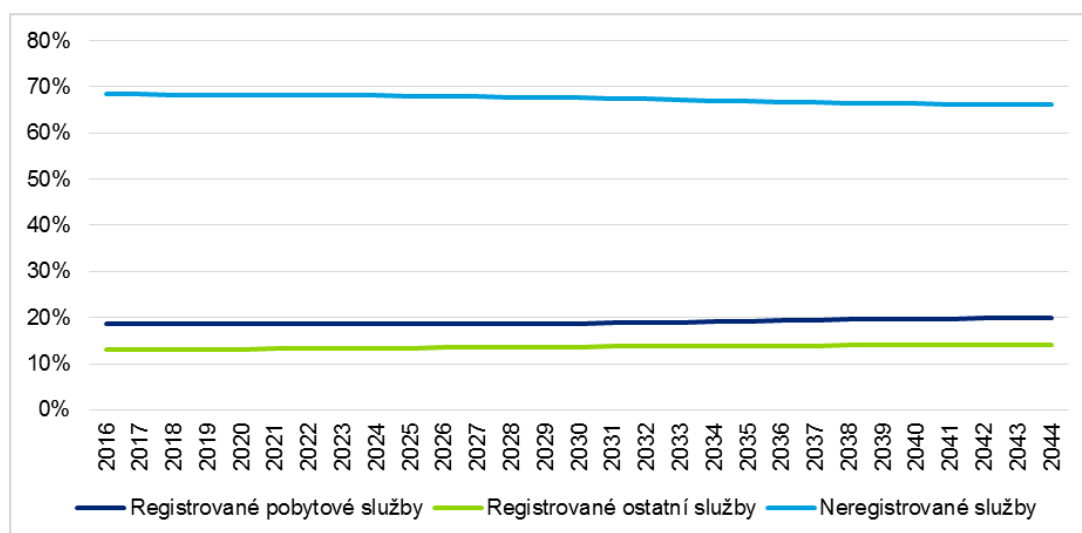
Č	Opatření	Země	Popis	Implementační náročnost	Gesce MPSV
1	Změna struktury poskytování služeb	Průřezově	Podpora přesunu péče z institucí do domácího prostředí.		✓
2	Sociální pojištění	Německo, Rakousko, Nizozemí	Financování péče z pojištění odváděného z hrubé mzdy		✓
3	Dodatečné financování ze strany obcí a krajů	Dánsko, Švédsko	Větší zapojení financování krajů a obcí, které mají detailnější přehled o místní situaci a jejich nedostatcích		✗
4	Limitovaná maximální výše sociálních dávek	Velká Británie	Stanovení maximálního limitu všech sociálních dávek z veřejných rozpočtů na osobu		✓
5	Testování příjmu a majetku	Dánsko, Švédsko, Nizozemí	Příspěvky na péči a další veřejné prostředky jsou poskytovány pouze občanům, jejichž příjmy a majetek nedosahují zákonem stanovené hranice.		✓
6	Přímá výplata neformálním pečovatелům	Dánsko, Švédsko, Nizozemí, Německo, Rakousko	Přímé vyplácení neformálním pečovatелům obdobně, jako v případě registrovaného poskytovatele.		✓
7	Hmotné dávky	Dánsko, Švédsko, Nizozemí, Německo, Rakousko			
8	Diferenciace výše PnP dle příjemce a typu péče	Německo	Rovněž vyžaduje testování příjmů a majetku. Dle výsledku je určena různá výše PnP, která se též liší dle typu přijímané péče.		✓
9	Přechodový příspěvek	Německo	Finanční podpora po dobu vyřizování žádosti o přiznání PnP, zpětně vymahatelná v případě zamítnutí žádosti.		✓
10	Nefinanční podpora neformálních pečovatелů	Průřezově	Zajištění informovanosti, vzdělávání a asistence pro neformální pečovatele.		✓

Změna struktury poskytovaných služeb (Průřezově)

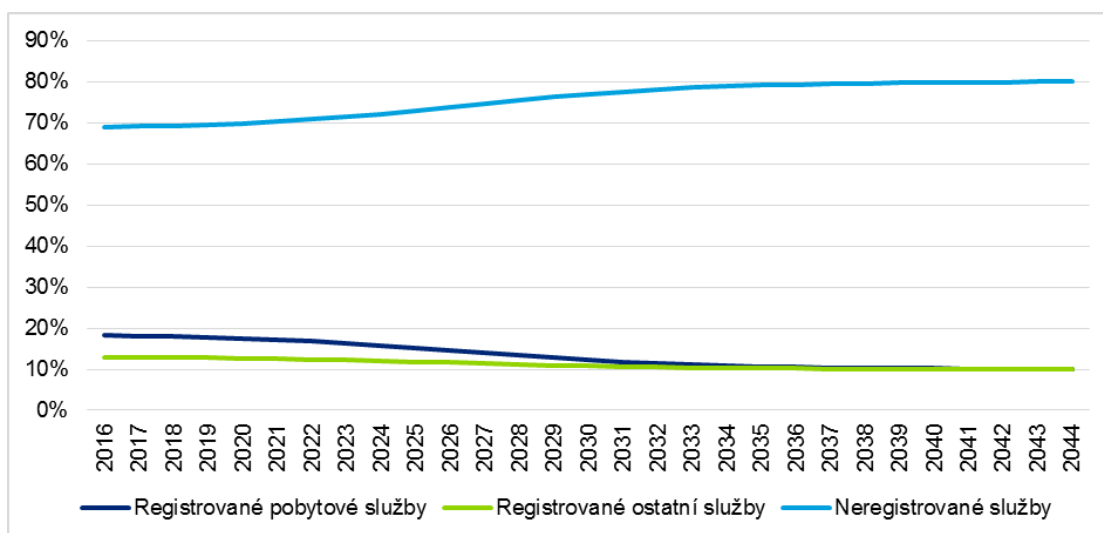
Při modelování dopadů změny proporce poskytovaných služeb vycházíme z parametrů základního scénáře a bylo postupováno v souladu s metodikou používanou v celé studii. Klíčový podíl na celkových dopadech změny proporce poskytovaných služeb bude mít požadovaný konečný stav a dynamika přibližování se tomuto stavu. Vzhledem k reálným omezením přiblíženým v předešlém odstavci je prezentovaná cílová proporce expertním odhadem a na základě vývoje situace je možné ji parametricky upravovat. K zahrnutí dynamiky přesunu péče z institucí do domácností bude aplikována tzv. S-křivka, která je napříč obory používaným matematickým vyjádřením dynamiky reakce na změny prostředí.

Obecně platí, že čím významnější bude dominance klientů využívajících služeb neregistrovaných poskytovatelů péče a čím větší bude dynamika reakce na změnu podmínek, tím větších úspor bude dosaženo. V modelové situaci je po dosažení cílového stavu 80 % klientům poskytována ostatní neregistrovaná péče. Polovina zbylých 20 % využívá pobytových, druhá polovina ambulantních registrovaných služeb.

Graf 55: Původní struktura poskytovaných služeb péče



Graf 56: Nová proporce využívaných služeb péče



Ačkoli na pohled nejsou změny výrazné, vliv na počty příjemců jednotlivých typů péče a zejména ekonomické dopady tohoto vývoje jsou značné.

Tabulka 66: Dopady opatření do počtů uživatelů jednotlivých typů služeb péče

	Základní scénář			Dopad opatření		
	2024	2044	2064	2024	2044	2064
Počet klientů registrovaných pobytových služeb	79 820	133 715	183 705	67 890	67 700	90 748
Počet klientů ostatních registrovaných služeb	57 388	94 488	131 013	51 878	67 481	90 747
Počet klientů neregistrovaných služeb	292 728	445 390	592 750	310 168	538 412	725 972

Tabulka 67: Dopady opatření do veřejných výdajů mimo PnP

	Základní scénář			Dopad opatření		
	2015-2019	2015-2044	2015-2064	2015-2019	2015-2044	2015-2064
Veřejné výdaje mimo PnP (v mld. Kč)	65,41	787,13	1 788,73	63,91	498,43	1 124,90
				Δ (v mld. Kč)	-1,49	-288,70
						-663,83

Při plánované finální struktuře 80:10:10 a 90% adaptaci v roce 2034 dosáhnou úspory na veřejných výdajích plynoucí pouze ze změny struktury typu využívaných služeb péče do roku 2044 přes 288 mld. Kč.

Financování dlouhodobé péče z povinného pojištění odváděného z hrubé mzdy (Německo, Rakousko, Nizozemsko)

Jak napovídá země původu, jedná se o opatření spojené se zvýšením zátěže zaměstnavatelů, zaměstnanců a OSVČ, jelikož by se jednalo o odvody nad rámec stávajícího sociálního pojištění. Pozitivním efektem je ovšem okamžitě a dlouhodobě zvýšení prostředků na péči. Sazba pojištění musí být nastavena efektivně tak, aby pokryla nároky na financování systému, ale zároveň nepředstavovala zbytečnou zátěž. Navýšení prostředků umožní realizovat i některá systémová opatření investičního charakteru pro dlouhodobé snížení provozních nároků systému péče. Jedná se o opatření, o jehož zavedení MPSV uvažuje, a jehož dopady budou podrobně popsány v následující kapitole věnované financování sociálních služeb z povinného pojištění.

Dodatečné financování z rozpočtů obcí a/nebo krajů (Dánsko, Švédsko)

Zvyšování intenzity zapojení obcí a krajů do financování péče by z pohledu státního rozpočtu bylo výhodné, pro lokální autority by však bylo neúnosné, pokud by nebylo doprovázeno změnami na příjmové straně krajských a obecních rozpočtů. Bez zásadní rozpočtové reformy by se mohlo jednat pouze o změnu pojmenování krajských a obecních výdajů (dnes příspěvky zřizovatelů), které by ovšem reálně zůstaly na stejné úrovni.

Přenesení kompetencí a jim odpovídajících prostředků na kraje a obce je v podstatě jednoduché rozpočtové opatření, kdy by se z veřejných prostředků vyplácela jinou cestou stejná částka, efekt na veřejné finance jako celek by tkvěl pouze v možném efektivnějším využívání prostředků ze strany místních autorit. Tělesa lokálních samospráv disponují detailní znalostí místní situace a jsou tak schopna vynakládat svěřené prostředky účelněji, než centrální instituce. Nedostatečná koordinace ze strany MPSV může ovšem vést k prohlubování rozdílů v situaci mezi jednotlivými kraji.

Stanovení maximální výše pobíraných sociálních dávek (Velká Británie)

Zavedení tohoto opatření se pojí s celou řadou problémů. Jedná se o velmi obtížný politický krok, jelikož příjemci sociálních dávek tvoří nezanedbatelnou část oprávněných voličů. Zároveň je nutné správně a transparentně měřit výši jednotlivých dávek a určit jejich limit tak, aby nedocházelo k duplicitě veřejných výdajů a zneužívání sociálního systému, ale aby zároveň takto ohraničené příspěvky postačily k financování reálných potřeb příjemců.

Testování příjmu a majetku (Dánsko, Švédsko, Nizozemsko)

Testování majetku a příjmu by byli podrobováni všichni účastníci sociálního systému, tedy příjemce péče, jeho domácnost i pečující osoba. V jednotlivých státech se liší předmět testování, příjmem se nemusí rozumět pouze důchod, ale též majetek, který bývá pro zajištění sociálních potřeb postupně odprodáván formou reverzní hypotéky. Zavedení testování dávek by přineslo výrazné systémové úspory a více by reflektovalo skutečnou finanční situaci účastníků systému. Je-li účelem veřejných výdajů v oblasti sociálního pojištění zpřístupnění péče potřebným, pak by šlo zároveň o zefektivnění tohoto systému, jelikož by nebyli podporováni ti občané, kteří kritériu potřebnosti nevyhovují. Jedná se však o rovnostářské opatření, jehož negativní dopady by byly hmatatelné zejména z pohledu osoby pečovatele, která by od státu dostávala za stejnou práci jinou finanční kompenzaci. Toto opatření by bylo rovněž spojeno s velkou administrativní náročností testování majetku a příjmu, přičemž lze předpokládat snahu účastníků sociálního systému o umělé snižování přiznaného příjmu a majetku.

Přímá výplata dávek neformálním pečovatelům (Dánsko, Švédsko, Nizozemsko, Německo, Rakousko)

V České republice je systém přímých plateb zaveden v případě formálních pečovatelů. Za přímou platbu poskytovateli je též možné považovat vyrovnávací platby a dotace či zřizovatelské příspěvky z různých úrovní veřejného rozpočtu.

Přímé platby by v případě registrovaných i neregistrovaných poskytovatelů měly zcela nahradit kombinaci PnP a vyrovnávacích plateb, jak je doporučováno i ve zvažovaných variantách pojištění a soukromého spoření na péči. Pokud by tyto přímé platby byly vypláceny na kapitálním principu, vytvářely by značný tlak na efektivitu každého z poskytovatelů péče. V takovém případě by bylo třeba poskytovatele péče důsledně kontrolovat, aby nižších nákladů skutečně dosahovali vyšší efektivitou hospodaření a nikoli nižší úrovní poskytované péče. Zároveň by bylo pravděpodobně nutné dávky diferencovat podle typu zařízení, lokality a velikosti.

Přímé vyplácení dávek neregistrovaným pečovatelům vede k jejich lepší evidenci a jasné odpovědnosti dané osoby za péči o příjemce PnP. V současné době je zpravidla PnP vyplácen přímo na účet příjemce, a nikdo není přímo odpovědný za poskytování péče.

Podpora hmotnými dávkami (Dánsko, Švédsko, Nizozemsko, Německo, Rakousko)

V závislosti na spotřebovávaných službách péče je část příspěvku nahrazena odpovídajícím věcným plněním. Mohlo by jít například o spotřební materiál, jako jednorázové povlečení, pleny a podobně. Tímto způsobem by bylo zajištěno financování jen takových služeb, které daná osoba potřebuje, a zamezilo by se vykazování nadbytečných služeb či utrácení finanční podpory jinak než v souladu s jejím určením. Tímto způsobem lze rovněž podporovat protežovaný typ péče nastavením různě velkého rozdílu mezi finanční a věcnou dávkou, která má zpravidla vyšší hodnotu.

Diferenciace výše PnP dle osoby příjemce (návrh v Německu)

Výše příspěvku by se lišila, jednalo-li by se o dítě, mentálně postiženého dospělého člověka, osobu v terminálním stádiu, atd. Výše příspěvku by tak přesněji odpovídala reálným nárokům na péči o takového příjemce podpory. Zároveň lze výši příspěvku přizpůsobit pravděpodobným ostatním ekonomickým okolnostem. Senior bude zřejmě pobírat důchod a bude mít naspořené majetek, zatímco mladá osoba s mentálním postižením bude výlučně závislá na veřejné pomoci. Takováto fragmentace by mohla vést k zefektivnění využívání veřejných prostředků a k dlouhodobým systémovým úsporám.

Při zavádění do praxe se nabízí současně zavedení diferenciace výše PnP dle typu péče, který příjemce dávky využívá. Výše příspěvku bude diferencována dle typu využívaných služeb (pobytové služby / ambulantní služby / terénní služby / služby poskytované rodinným příslušníkem). V případě využívání služeb poskytovaných poskytovateli sociálních služeb nebo pečovateli může být částka proplácena přímo na jejich účet (na základě smluvního vztahu). Rozdílnou výši příspěvku bude rovněž možné stimulovat rozložení klientů co do přijímaného typu péče a posouvat je ve prospěch pečovatelů – fyzických osob poskytujících péči v domácím prostředí příjemce sociální péče.

Nastavení optimální výše PnP dle jednotlivých skupin bude velmi náročné a nutnost klasifikovat příjemce dávek do jednotlivých skupin příjemců bude znamenat kontinuální zvýšení administrativní zátěže systému. Zároveň bude třeba mít na paměti i pravděpodobné souběhy některých charakteristik a snahu o klasifikaci žadatelů do co nejvíce podporované kategorie.

Přechodový příspěvek (Německo)

Po vyskytnutí se nenadálé sociálně ekonomické situace je žadatelé pro dobu posouzení jeho žádosti o přiznání příspěvku na péči poskytován přechodový příspěvek, který je v případě kladného vyřízení žádosti započítán proti nárokovanému PnP. Nedojde tak k situaci, kdy se oprávnění žadatelé po dobu vyřizování jejich žádosti mohou ocitnout v kritické ekonomické situaci. V případě odmítnutí žádosti jsou vyplacené příspěvky po příjemci zpětně vymáhány.

Přiznání přechodového příspěvku zvýší nároky na státní rozpočet z pohledu cashflow, jelikož státní pokladna přijde o časový polštář, který jí v současnosti lhůta na vyřízení žádosti o přiznání příspěvku na péči poskytuje. Zároveň je třeba vzít v potaz riziko zpětného vymáhání pobíraných přechodových příspěvků, na něž nebyl posléze prokázán nárok, a jejichž část bude s největší pravděpodobností nutné odepsat jako náklad.

Nefinanční podpora neformálních pečovatelů (Průřezově)

Zahraniční praxe nabízí několik mechanismů na jinou než finanční podporu neformálních pečovatelů. Jedná se z velké většiny o opatření s velmi malou implementační i finanční náročností, která zpracovatel vyzoroval v rámci analýzy zadaných charakteristik jednotlivých sociálních systémů. Podporou se ve všech případech myslí pomoc nefinančního charakteru, velmi často jen občasný telefonní kontakt pověřeným pracovníkem.

Tabulka 68: Nefinanční podpora neformálních pečovatелů






Opatření	Popis
Podpora mladých pečovatелů	Nezletilí nebo čerství adolescenti jsou často postaveni do situace pečující osoby, aniž by měli odpovídající životní zkušenosti. Tito mladí lidé mohou mít problém nejen s péčí o závislou osobu, ale i s vlastním směřováním. Pro tyto „nedobrovolné“ pečovatele jsou zřizována fóra a diskuzní skupiny a organizovány kulturní a sportovní akce, festivaly, atd.
Podpora „neviditelných“ pečovatелů	Člověk pečující o osobu nepobírající příspěvek na péči je z pohledu sociálního systému neviditelný, i když čelí stejným problémům jako ostatní pečovatелé. Často se jedná o seniory pečující o manžela/manželku.
Counselling	Neformální pečovatel má přiděleného koordinátora, se kterým může konzultovat otázky týkající se vykonávání péče. Counsellor se stará o pravidelný kontakt, který se vždy péče nemusí týkat. V podstatě pečuje o osobu pečovatele.
Podpora volnočasových aktivit pečovatелů	Nepravidelná setkání, sportovní a kulturní události, kdy má pečovatel zapomenout na svou nelehkou životní situaci
Call centrum	Telefonická asistence, na kterou se mohou pečovatелé obracet se žádostmi o obecné informace, nebo kdykoli nastane-li při poskytování péče situace, kterou nejsou sami schopni vyřešit. Proškolení pracovníci poradí, jak reagovat, zda přivolat RZS, atd.

6.3.2 Shrnutí

Jednotlivá opatření inspirovaná dobrou praxí v zahraničí vyjmenovaná v popisné metodologické části studie přeroděnil Zpracovatel v rámci analýzy podle cílů, k nimž směřují, a identifikoval jejich společné prvky. U takto formulovaných opatření, bylo-li to na základě dostupných dat možné, provedl simulaci dopadů do veřejného rozpočtu, nebo alespoň provedl jejich nekvantifikované posouzení. Na základě těchto rozborů zaujal k jednotlivým opatřením odpovídající stanovisko.

Opatření, u nichž nebyl vysloven jasný verdikt, zahrnují politické a administrativně-právní riziko, nebo v současné době nejsou známy dostatečné informace k posouzení ekonomické vhodnosti opatření nebo jeho vylučujících alternativ. Kladným stanoviskem se rozumí doporučení zařadit téma vhodnosti daného opatření na program jednání u kulatých stolů, kterých se zúčastní subjekty zasažené těmito opatřeními. Přínosem těchto jednání by mělo být zejména zjištění názoru dotčených subjektů a získání znalostí co do implementační náročnosti jednotlivých opatření.

Tabulka 69: Posouzení vhodnosti aplikace zahraničních zkušeností v ČR

Opatření	Doporučení aplikace v ČR	Efekt
1 Změna způsobu poskytování služeb (Přesun péče do domácností)		Významné úspory potvrzeny simulací
2 Sociální pojištění		Významné úspory potvrzeny simulací. V porovnání s ostatními analyzovanými metodami nedochází k bodu soběstačnosti systému a dlouhodobé udržitelnosti
3 Dodatečné financování ze strany obcí a krajů		Mimo gesci MPSV, vyžaduje rozpočtové reformy
4 Limitovaná maximální výše sociálních dávek		Nedostatek informací: průměrná výše jiných pobíraných sociálních dávek dle věku občana stupně jeho závislosti
5 Testování příjmů a majetku		Politicky složité téma, administrativně náročné, povede k zatajování příjmů, komplikované stanovení rozhodné hranice

Opatření	Doporučení aplikace v ČR	Efekt
7 Přímá výplata neformálním pečovatélům		Bez dodatečných nákladů, jasně určí odpovědnost za péči o příjemce PnP
Hmotné dávky		Racionální s ohledem na vyjednávací sílu státu, kvantifikovatelné úspory na základě znalosti této výhody. Zamezí vykazování nepotřebné péče
8a Diferenciace výše PnP dle osoby pečovatele		Dva pečovatelé by byli za stejnou práci rozdílně odměňováni
8b Diferenciace výše PnP dle typu přijímané péče		Racionální s ohledem na prokazatelně rozdílnou finanční náročnost jednotlivých typů péče
9 Přechodový příspěvek		Významná pomoc žadatelům v ekonomické tísní dle našeho názoru převyšší riziko nákladů z nevymahatelných příspěvků poskytnutých bez nároku.
10 Nefinanční podpora neformálních pečovatelů		Zvýšení rozsahu a kvality péče poskytované v domácím prostředí a s tím spojené socio-ekonomické přínosy.



Zpracovatel nedoporučuje implementovat



Na základě dostupných informací nelze kvalifikovaně rozhodnout



Zpracovatel doporučuje k dalšímu posouzení v rámci jednání u kulatého stolu

7 Shrnutí závěrů jednání u kulatých stolů

Závěry simulací a analýzy zahraničních zkušeností prezentované v předešlé části studie byly v rámci tří kol jednání u kulatého stolu prezentovány zástupcům zainteresovaných osob z oblasti pojišťovnictví, státní správy, poskytovatelů i příjemců péče. Následující postřehy jsou často průřezového charakteru a nelze je jednoznačně přisoudit jednotlivým kapitolám či doporučeným prvkům.

„Žádný politik reformu financování neprosadí“

Účastníci jednání vyjádřili značné pochybnosti o ochotě politické reprezentace uvádět v platnost opatření, jejichž následkem by se zvýšily odvody ze zdanitelné ekonomické aktivity a tím se snížily disponibilní příjmy voličů. Zdůraznili, že podobné kalkulace a doporučení se periodicky s víceméně stejným závěrem opakují, ale žádný politik neudělal rozhodující krok k jejich uvedení do praxe, nebo alespoň vážnějšímu projednání. Obecně panuje shoda, že je vhodnější stávající systém restrukturalizovat a tak zefektivnit, spíše než hledat zcela nové zdroje jeho financování.

„Sociální péči nelze pojišťovat komerčně“

Zástupci pojišťoven uvedli, že na ryze komerční bázi by bylo rizikové pojištění péče jako produkt nesmyslné. I nízký zájem o vstup do II. pilíře důchodového pojištění ukázal, že lidé nemají o odložené anuity zájem. Po této zkušenosti jsou pojišťovny velmi obezřetné co do realizace projektů zahrnujících riziko dlouhověkosti, tzv. longevity. Jedná se o značné a na kapitál velmi náročné riziko, které má s ohledem na nákladnost kapitálu pro pojišťovny prohibitivní charakter. Obecně nelze očekávat ochotu pojišťoven vstupovat do dalších dohod se státem s ohledem na ztráty plynoucí ze zapojení do II. pilíře důchodového pojištění.

„Restrukturalizací systému by bylo možno dosáhnout významných úspor z efektivity“

Účastníci všech jednání se shodli na nutnosti transformovat institucionální pojetí financování systému péče. V současné době jsou relevantní činnosti rozděleny mezi ministerstvo zdravotnictví a MPSV, přičemž oba resorty spolu nedostatečně komunikují, nesdílejí databáze a nezaujmají stejný postoj, neřku-li volí stejný postup k dosažení společných cílů. Doporučení směřovala k rozšíření gesce zdravotních pojišťoven, které by shromažďovaly veškeré relevantní informace a mmj. evidovaly souběhy různých typů dávek atd.

„Pečovatelé nejsou dostatečně zaplacení“

Na tomto tvrzení se shodli všichni účastníci oproti názoru, že podfinancována jsou zařízení registrované péče, která jsou proto ve špatném stavu. Bylo zmíněno, že ojedinělé případy zanedbání péče publikované často médií nejsou v žádném případě standardem, a celkově je v ČR péče poskytována ve velmi dobrém standardu. Ohodnocení pečovateli nezohledňuje stresovou a emoční náročnost práce. Soukromé penzióny pro seniory poskytují lepší ohodnocení, ale nacházejí se mimo systém a nejsou koordinované. Obdobně jako ve zdravotnictví je namístě debatovat o zavedení neplaceného standardu a placených nadstandardních služeb.

„Systém je financován na riziko“

Stávající náklady, které jsou ve studii brány jako benchmark, nelze považovat za optimální nastavení systému. Je jen otázkou času, kdy se do péče vloudí riziko soudních sporů podobně, jak je to typické v prostředí amerického zdravotnictví. Zařízení poskytující péči pak budou muset navyšovat stavy zaměstnanců, aby nemohla být nařčena ze zanedbávání péče.

„Podíl příjemců PnP na populaci je v ČR nejmenší v Evropě“

Příspěvek na péči pobírá v Evropě 9 % populace. V Rakousku je to 4,5 %, v ČR pouze 2,5 %. Je pravděpodobné, že současné výdaje tedy neodpovídají jejich skutečné potřebě, jelikož osoby, kterým by byl příspěvek na péči přiznán,

o něj nepožádaly a pro systém jsou tak neviditelné. Aktuální systém operuje na funkční hranici a neexistují plány jeho rozvoje, pouze udržování.

„Přechodové příspěvky nelze zpětně vymáhat“

Vytvoření aparátu na zpětné vymáhání příspěvků není žádoucí. Vymáhat příspěvek by navíc nebylo možné vymáhat po pečovateli, který péči skutečně poskytoval a třeba kvůli ní i přerušil zaměstnanecký poměr. Snaha vymoci příspěvek zpět po jeho příjemci pak sníží jeho prostředky k financování péče z vlastních zdrojů, a na konci bude opět postižen pečovatel, který uzpůsobil svůj život tak, aby mohl poskytovat neformální péči, ale pro tu chybí financování.

„Neformální péči je potřeba koordinovat, nikoli formalizovat“

Právě individuální přístup neformálních pečovatelů je žádoucí a pro klienty péče často nejpříjemnější. Koordinace ze strany veřejné administrativy by měla zahrnovat zejména ucelené zdroje informací pro potenciální a nové pečovatele, kteří velmi často postrádají i nezákladnější informace o tom, na co mají nárok, k čemu mohou používat příspěvky, atd. V zahraničí fungují např. call centra, kam může neformální pečovatel zavolat pro základní informace, nebo vyvstane-li při poskytování péče situace, se kterou si sám neumí poradit.

8 Doporučení

Účelem předkládaného materiálu je zkoumat aplikovatelnost zadaných alternativních způsobů financování systému služeb péče v institucionálním prostředí České republiky a dopady jejich zavedení na veřejné rozpočty. V rámci zjišťování dobré praxe uplatňované ve vyspělých evropských státech se Zpracovatel neomezoval pouze na Zadavatelem určené mechanismy a prvky, ale posuzoval vhodnost a aplikovatelnost dalších dílčích opatření, jejichž zavedení v zahraničí vedlo k vytvoření úspor nebo zvýšení kvality poskytovaných služeb péče.

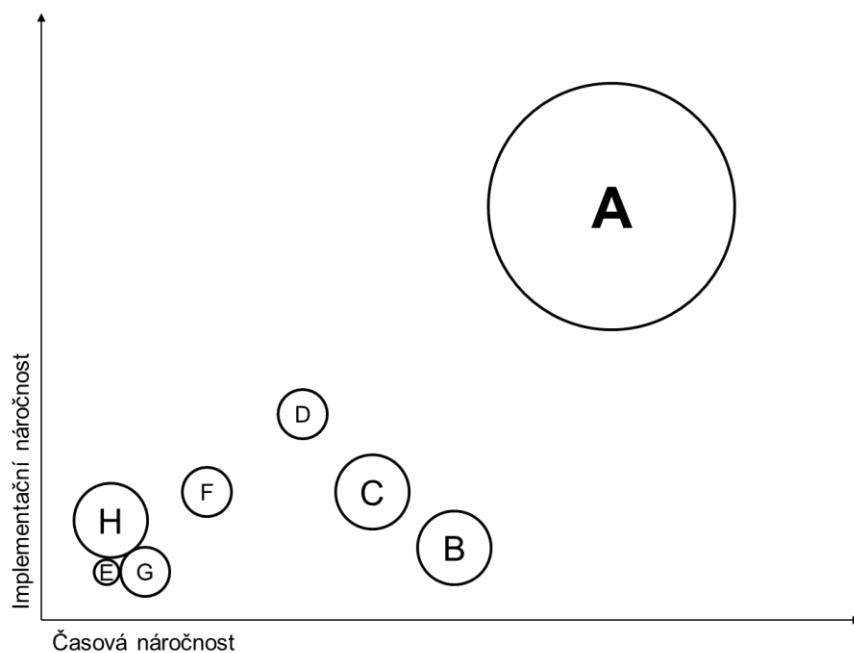
V kontextu současného nastavení systému mají doporučení charakter změn zdrojů financování, aditivního zavádění nových prvků či nahrazování stávajících elementů za účelem zvýšení efektivity systému poskytujícího péči stávajícího standardu. Analýza některých opatření vyplývala ze zadání studie, jiná opatření vytipoval k analýze Zpracovatel v rámci rozboru zahraniční praxe, další podněty vyvstaly v rámci průběžných konzultací se Zadavatelem a dalšími zainteresovanými subjekty, které vyvrcholily třemi setkáními u kulatých stolů za účasti odborníků z řad veřejné správy, pojišťovnictví a samotných poskytovatelů péče.

V kapitolách výše byla prezentována opatření cílící na nalezení dodatečných zdrojů financování péče, úsporu veřejných výdajů na tuto oblast, snížení nákladnosti a zvýšení efektivity poskytování péče a zahraniční praxí doporučená dílčí opatření v oblasti financování a poskytování péče. Při zvažování implementace jednotlivých opatření je nutné brát v potaz tři základní atributy těchto opatření, kterými jsou velikost užítku z jejich zavedení a časová a technická náročnost jejich implementace.

U některých opatření není možné definovat přímé ekonomické dopady, a ani ty přesně neodpovídají celospolečenskému užítku z opatření plynoucímu. Znázorněná velikost užítku je tak kombinací kvantifikovaného ekonomického dopadu a expertního odhadu Zpracovatele. Stejně tak časová a technická implementační náročnost je expertním odhadem, který může být zpřesněn podrobnějším rozpracováním implementačního potenciálu objednatelům vybraných opatření.

Čím větší užitek, tím větší je průměr kolečka reprezentujícího dané opatření dle legendy. Jsou-li na osách x a y vyneseny technické a časové náklady na implementaci daného opatření, lze k realizaci primárně doporučit co největší prvky vyskytující se v levém dolním rohu kvadrantu, v tomto případě zejména zavedení přechodového příspěvku a realizace opatření podpory neformálních pečovatелů. Největší užitek lze očekávat v případě implementace povinného pojištění na péči, které ovšem bude časově i technicky náročné. V tomto případě se navíc nejedná pouze o čas nutný k implementaci, ale též čas akumulace úložek. Technická náročnost implementace spočívá zejména v nutných legislativních změnách, do nichž je vtěleno politické riziko plynoucí z ekonomické racionality, ale i čas nutný ke kumulaci kritické masy úspor.

Graf 57: Náročnost a přínos navrhovaných opatření



- A** Změna systému financování péče – zavedení povinného pojištění
- B** Přesun péče do domácností
- C** Stanovení maximální výše sociálních dávek
- D** Diferencovaná výše PnP
- E** Přímé výplaty PnP i neformálním pečovatélům
- F** Hmotné dávky
- G** Přechodový příspěvek
- H** Nefinanční podpora neformálních pečovatélů

V rámci analýzy opatření vyplynula některá průřezová doporučení, která jsou ovšem klíčová pro jakákoli budoucí kvalifikovaná rozhodnutí o strategickém směřování systému péče a která budou mít bezprostřední vliv na kvalitu poskytované péče v současnosti. Vzhledem k dnešním možnostem výpočetní techniky by se mělo jednoznačně jednat o standard.

- Komunikace mezi jednotlivými veřejnosprávními tělesy
- Sběr informací
- Agregace databází a práce s nimi

Veškerá vyjmenovaná opatření jsou ekonomicky vhodná a racionální. Nemají mezi sebou vylučovací charakter, prioritizace jejich zavádění bude s největší pravděpodobností závislá zejména na časové náročnosti jejich implementace v kontextu délky volebního období a ochoty zavádět nové změny. Rozpočtová omezení by u žádného z opatření kromě reformy financování nemělo hrát významnější roli.

Změna financování systému, která by vedla k jeho dlouhodobé udržitelnosti je více než žádoucí. Zpracovatel doporučuje implementovat variantu **kombinovaného povinného veřejného a soukromého pojištění**, která by umožnila dosáhnout do 40 let jeho rovnováhy. Implementace v sobě ovšem nese značné politické riziko, v menší míře pak finanční náklady.

Změna systému financování péče

V rámci projektu byla provedena analýza dopadů tří zadaných variant financování systému péče z pohledu státního rozpočtu, a to

- Financování formou povinného veřejného pojištění
- Financování formou povinného soukromého pojištění (spoření)
- Financování formou kombinace veřejného a soukromého pojištění

Základní parametry analyzovaných modelů financování jsou shrnuty v následující tabulce. Volitelné parametry byly vypočítány Zpracovatelem na principu optimalizační extrapolace.

Tabulka 70: Základní parametry modelů financování péče

Model	Popis
Povinné veřejné pojištění	<ul style="list-style-type: none"> • Princip – Průběhový (PAYG) • Pojistné ze zdanitelných příjmů <ul style="list-style-type: none"> ○ Zaměstnanec – 0,60 % ○ Zaměstnavatel – 1,20 % • Za státní pojištěnce odvádí pojistné stát • Soukromé výdaje – úhrady klientů
Povinné soukromé pojištění (spoření)	<ul style="list-style-type: none"> • Princip – povinné spoření ze zdanitelných příjmů • Úložka ze zdanitelných příjmů <ul style="list-style-type: none"> ○ Zaměstnanec – 0,60 % ○ Zaměstnavatel – 1,20 % • Stát je účastníkem dědického řízení v případě nedočerpaných úspor. Z národního fondu pak financuje péči o klienty bez úspor • Soukromé výdaje – rozpouštění úspor
Kombinace povinného veřejného pojištění a povinného soukromého pojištění (spoření)	<ul style="list-style-type: none"> • Princip – kombinace <ul style="list-style-type: none"> ○ Průběhová složka ○ Spořicí složka • Pojistné ze zdanitelných příjmů <ul style="list-style-type: none"> ○ Zaměstnanec – 0,33 % ○ Zaměstnavatel – 0,17 % • Úložka ze zdanitelných příjmů <ul style="list-style-type: none"> ○ Zaměstnanec – 0,50 % ○ Zaměstnavatel – 1,00 % • Stát je účastníkem dědického řízení v případě nedočerpaných úspor. Z národního účtu pak financuje péči o klienty bez vytvořených úspor • Soukromé výdaje – rozpouštění úspor

Veškeré modelace byly prováděny tak, aby byly dopředu známy všechny veřejné výdaje a nebyla nutnost poskytovat registrovaným pečovatelům vyrovnávací platby ke kompenzaci deficitního hospodaření. Vývoj celkových výdajů na systém služeb péče je určen demografickou simulací za předpokladu zachování stávajícího standardu poskytované péče. Z jednání u kulatých stolů vyplynulo, že stávající systém nelze hodnotit jako stabilně financovaný, účastníci se dokonce vyjádřili, že systém je financován na riziko. Modely vycházejí ze současných statistik MPSV a dalších relevantních veřejnosprávních těles. Tyto statistiky ovšem zahrnují pouze příjemce PnP, přičemž vzhledem k porovnání jejich proporce na celkovém obyvatelstvu ČR a proporce příjemců ekvivalentu PnP na populaci v jiných evropských zemích vyvstává obava, že stávající statistiky nezachycují všechny osoby reálně závislé na péči druhé osoby, z čehož vyplývá, že i modelované celkové výdaje mohou být v budoucnu ve skutečnosti vyšší.

Tři zadané systémy financování byly vyhodnoceny prostřednictvím definovaných porovnatelných atributů a jejich rozdílů oproti současnému systémovému nastavení. Při vyhodnocení vhodnosti jednotlivých systémů je nutno vzít v potaz i jiné než ekonomické ukazatele. Váhy, které všem ukazatelům MPSV přiřadí, budou mít na rozhodovací proces a z něj plynoucí kroky přímý vliv. **Zpracovatel doporučuje dále rozpracovat možnost zavedení povinných kombinovaných odvodů na soukromé a veřejné pojištění.**

Úspory a efektivita

V rámci komparace zahraničních systémů péče bylo vybráno několik kladně hodnocených opatření a byla vyhodnocena jejich aplikovatelnost v České republice formou konzultací s odborníky a posouzení proveditelnosti v kontextu českého právního řádu. Následující tabulka shrnuje opatření, která jsou doporučena k realizaci.

Tabulka 71: Doporučená opatření - úspory a efektivita

Opatření	Efekt
Přesun péče do domácností	Významné úspory potvrzeny simulací
Stanovení maximální výše sociálních dávek	Stanovená maximální hranice sociálních dávek zamezí duplicitnímu vyplácení finanční pomoci z různých zdrojů a umožní lepší alokaci vyčleněných prostředků
Diferenciace výše PnP dle typu přijímané péče	Racionální s ohledem na prokazatelně rozdílnou finanční náročnost jednotlivých typů péče
Přímé výplaty neformálním pečovateltům	Bez dodatečných nákladů, jasně určí odpovědnost za péči o příjemce PnP
Hmotné dávky	Racionální s ohledem na vyjednávací sílu státu, kvantifikovatelné úspory na základě znalosti této výhody. Zamezí vykazování nepotřebné péče
Přechodový příspěvek	Významná pomoc žadatelům v ekonomické tísní dle našeho názoru převyšší riziko nákladů z nevymahatelných příspěvků poskytnutých bez nároku.

Přesun péče do domácností představuje nejen systémovou úsporu, ale zároveň také větší komfort pro některé příjemce péče, jejichž stav nevyžaduje nepřetržitou asistenci a kteří raději tráví čas ve své vlastní domácnosti než v pobytovém zařízení sociální péče. Jedná se jak o osoby žijící samostatně, za kterými dochází formální či pečovatel ambulantně, nebo o osobu žijící ve společné domácnosti s rodinnými příslušníky, kteří mohou, ale též nemusí být, pečující osobou. Je statisticky doloženo, že celkové výdaje na péči o osobu v pobytovém zařízení jsou vyšší, než výdaje spojené s péčí o osobu přijímající péči ambulantně ve vlastní domácnosti. Simulací postupného přenosu těžiště místa poskytování péče ve prospěch vlastních domácností byly vyčísleny pozitivní dopady na výdajovou stránku systému, aniž by byl jakkoli snížen standard poskytované péče. Simulace brala v úvahu reálná omezení plynoucí ze zastoupení takových závislých osob, které potřebují neustálý či velmi častý odborný dohled a umístění do pobytového zařízení sociální péče je pro ně jediným vhodným řešením. Při plánované finální struktuře 80:10:10 a 90% adaptaci v roce 2034 dosáhnou úspory na veřejných výdajích plynoucí pouze ze změny struktury typu využívaných služeb péče do roku 2044 přes 288 mld. Kč.

Větší diferenciaci výše PnP oproti dnešním čtyřem úrovním by při stejné alokaci prostředků generovala větší celospolečenský užitek a byla tak vynaložena efektivněji. Na druhé straně je nutno brát v potaz náklady na klasifikaci situace jednotlivých žadatelů, které nesmějí tyto úspory převážit. Nelze říci, že by o příjemcích PnP byly vedeny vyčerpávající statistiky, což ústí v nemožnost kvantifikovat dopady tohoto opatření.

Na nedostatečný sběr dat o příjemcích PnP naráží i realizace opatření směřujících ke stanovení maximální hranice pobíraných sociálních dávek nehledě na jejich rozpočtový původ, například v případě souběhu příspěvku na péči a invalidního důchodu. **Z diskuze se všemi účastníky kulatých stolů vyplývá značné znepokojení nad nefungující komunikací mezi resorty MPSV a MZ a dalšími veřejnosprávními tělesy. Zpracovatel vyhodnotil zlepšení komunikace, zlepšení sběru dat a sdílení relevantních databází jako nutnou podmínku kvalifikovaných úvah o zavádění maximálních sociálních dávek nebo větší diferenciaci PnP.**

Zavedení přímého vyplácení PnP neformálním pečovateltům vyjasní odpovědnost za opečovávanou osobu. V současné situaci je PnP vypláceno přímo klientovi, a není zcela jasné, kdo je za péči o něj odpovědný. Tato zvažovaná změna by měla být doprovázena informační kampaní, neboť sami pečovatelté přiznávají, že neví, na co přesně je příspěvek určen, a co jsou si z něj oprávněni jakožto pečující osoby hradit. Z diskuzí ovšem zároveň vyplynula obava o „formalizaci neformální péče“. Zavedení přímých výplat by tak dle soudu zpracovatele bylo vhodnější v případě vyššího stupně závislosti osoby. S rostoucím stupněm závislosti osoby roste též časová náročnost péči o ni a rizika v případě, že by tato péče nebyla prováděna řádně. S vyšším stupněm závislosti též roste pravděpodobnost, že již nebude v silách klienta si služby pečovatele dohodnout a následně je z PnP hradit.

Vyplácení hmotných dávek namísto peněžních příspěvků se jeví jako racionální opatření, jelikož stát, respektive jím pověřená organizační složka, bude těžit z postavení významného odběratele a bude moci dosáhnout značných úspor

z rozsahu. Při zavádění opatření je nutno mít na paměti riziko plynoucí z povinnosti veřejné správy vybírat dodavatele prostřednictvím veřejné soutěže. Rovněž je nutné kriticky posoudit, pro jaké množství klientů či spotřebovávaného materiálu je poskytování hmotných dávek vhodné. Neformální pečovatel nebude schopen dostatečně přesně plánovat spotřebu jednotlivých pomůcek tak, aby byl celý systém efektivní. Oproti tomu v případě bytového zařízení s kapacitou desítek či stovek lůžek bude možné dosáhnout nezanedbatelných úspor.

Poskytnutí přechodového příspěvku po dobu vyřizování žádosti o přidělení příspěvku na péči by znamenalo významnou pomoc pro klienty, kteří by se během této doby mohli reálně dostat do nebezpečné ekonomické situace. Problematické by ovšem bylo zpětné vymáhání přechodových příspěvků v případech, kdy by byly žádosti o PnP zamítnuty. Z diskuzí u kulatých stůlů vyplynulo jasné doporučení poskytovat přechodový příspěvek pouze ve výjimečných případech, kdy žadatel doloží jeho potřebu, a dále o jeho zpětném vymáhání neuvažovat. Příspěvek by byl započten proti přiznaným, ale nevyplaceným PnP, pro státní rozpočet by se tedy jednalo o aditivní výdaj pouze v případě zamítnutí žádosti. V opačném případě jde pouze o změnu načasování stejného výdaje.

Nefinanční podpora neformálních pečovatelů

V zahraničí je v posledních letech patrný velmi silný trend nefinanční podpory neformálních pečovatelů. Veřejné výdaje na tuto podporu jsou proti systémovým výdajům zcela zanedbatelné a cílí explicitně na pečující osoby, a to zejména na jejich osobní životní komfort. Důvodem k zavedení těchto opatření v zahraničí bylo přesvědčení, že pečující osoba je při výkonu péče neustále vystavována stresu a emočně vypjatým situacím a pokud je těmto osobám umožněno tento stres alespoň částečně odbourat, budou schopny péči odvádět kvalitněji, případně déle, a obecně bude více osob motivováno neformální péči poskytovat. Zvýšený důraz je kladen na podporu tzv. „neviditelných“ či nedobrovolných pečovatelů, nejčastěji seniorů a nezletilých dětí, kteří se vlivem událostí dostali do situace neformálního pečovatele, aniž se na ni připravili. Např. ve Velké Británii byla tato opatření zavedena poté, co byly mezi neformálními pečovateli zjištěny časté sebevražedné sklony.

9 Použité zdroje

Seznam použitých zdrojů

Průřezově

- ALLEN, Kerry a kol. *Governance and finance of LTC across Europe*. Overview report for the European Commission. 2011. Dostupné z: <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/research/interlinks-wp6-final.pdf>
- ANRIST, Joshua, KRUEGER, Allan. *Instrumental Variables and the Search for Identification: From Supply and Demand to Natural Experiments*. Journal of Economic Perspectives, 15(4): 69-85, 2001.
- BURCIN, Boris, KUČERA, Tomáš. *Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2008- 2070*. MPSV, 2010
- CAMERON, Colin, TRIVEDI, Travin. *Microeconometrics: Methods and Applications*. Cambridge University Press, New York, May 2005
- DENZIN, LINCOLN. Introduction: Entering the field of qualitative research. V N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*. (s. 1-87). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage, 1994
- Výzkumný projekt ANCIEN – Assessing Needs of Care in European Nations: *The Supply of Informal Care in Europe; The Long-Term Care System for the Elderly* – výstupní zprávy pro relevantní země. ENEPRI Research reports.
- EUROHEALTH. *Ageing and long-term care*. Volume 17, Number 2-3, November 2011. Dostupné z: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Eurohealth-Vol17-No-2-3-Web.pdf>
- EUROPEAN COMMISSION. *Health and long-term care in the European Union*. Str. 95. 2007. Dostupné z: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf
- EUROPEAN COMMISSION – DG FOR EMPLOYMENT, SOCIAL AFFAIRS AND INCLUSION. *Study on Social Services of General Interest*. October 2011.
- EUROPEAN COMMISSION. *Long-term Care: need, use and expenditure in the EU-27*. Brussels, 2012
- *European Study of Long-Term Care Expenditure. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG*. 2003. Dostupné z: http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/healthcare/ltc_study_en.pdf
- EUROPEAN COMMISSION. *Sdělení Komise. Evropa 2020 – Strategie pro inteligentní a udržitelný růst podporující začlenění*. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:CS:PDF>
- FONT, Juan Costa. *Sharing Lessons from Europe in Financing and Delivery of Long Term Support Services*. Dostupné z: <http://journal.aarpinternational.org/a/b/2013/06/Sharing-Lessons-from-Europe-in-Financing-and-Delivery-of-Long-Term-Support-Services>
- FRANSEN, Lieve. *The Policy Agenda – EU approach to long-term care. Lobbying for an EU-level carers strategy and an EU Directive on carers leave*. 2014
- GEISLER, Hana et al. *Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie - Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe*. 2015.
- GLECKMAN, Howard. *Long-term care financing reform: Lessons from the U.S. and abroad*. Únor 2010. http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Feb/1368_Gleckman_longterm_care_financing_reform_lessons_US_abroad.pdf
- GLECKMAN, Howard. *Financing long-term care: Lessons from abroad*. Červen 2007. Dostupné z: http://crr.bc.edu/wp-content/uploads/2007/06/ib_7-8-508.pdf

Seznam použitých zdrojů

- GRUNDY, Emily. *The care of older people in the United Kingdom: problems, provision and policy*. November 2010. Dostupné z: <http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/3/41413/Grundy.pdf>
- JURCZAK, Kaszia. *EU's approach to LTC*. European Commission. Brussels, 2014.
- MUNICH, Daniel. *Ekonomický přínos cizinců a ekonomické souvislosti demografického stárnutí*. CERGE-EI, 2012
- OECD report. *Help wanted? Providing and Paying for the Long-Term Care*. <http://www.oecd.org/els/health-systems/47836116.pdf>
- THE COMMONWEALTH FUND. *International Profiles Of Health Care Systems*. 2014. Dostupné z: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf
- THE NETHERLANDS INSTITUTE FOR SOCIAL RESEARCH. *Who cares in Europe: A comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European countries (study)*. The Hague, 2014.
- ŠIMEK, Miroslav, ŠTYGLEROVÁ, Terezie. *Stárnutí obyvatelstva – aktualizace projekce ČSÚ 2009*. Oddělení demografické statistiky ČSÚ. 2012. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/23191844/csu+cerge-ei+styglerova+projekce.pdf/9a1d95b4-79a6-478e-8ca2-e05fb2409ac1?version=1.0>
- WEDO. *EU Strategy for the wellbeing and dignity of older people in need of care and assistance*. Dostupné z: http://wedo.ttp.eu/system/files/Final%20EU%20strategy_without%20logos%26supp.pdf
- Elektronický zdroj: *Social Investment*. Evropská Komise. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1044>

Německo

- ARNTZ, Melanie akol. *The German Social Long-Term Care Insurance – Structure and Reform Options (discussion paper)*. Centre for European Economic Research, 2006. Dostupné z: <http://ftp.zew.de/pub/zew-docs/dp/dp06074.pdf>
- Continentale-Studie: *Risiko Pflegebedürftigkeit – Unwissenheit verhindert Vorsorge*. Září 2014. Dostupné z: http://www.continentale.de/cipp/continentale/lib/all/lob/return_download,ticket,guest/bid,16376/no_mime_type,0/~Continentale_Studie_2014.pdf
- GEYER, Johannes, KORFHAGE, Thorben. *Long-term Care Insurance and Carers' Labor Supply – A Structural Model*. 2014. Dostupné z: http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.489221.de/diw_sp0702.pdf
- LEUPHANA, UNIVERSITÄT LÜNEBERG. *Gute Führung entscheidet – Forschungsbericht zur organisationalen Gesundheit in der Pflegebranche*. Dostupné z: http://www.leuphana.de/fileadmin/user_upload/Forschungseinrichtungen/ipm/files/3007_Forschungsnetz_A5_20s_RM_Web_aktuellste_Vers._.pdf
- SCHOLKOPF, Martin. *Long-term care insurance (LTCI) in Germany*. Federal Ministry of Health, Germany. Presentation at the Conference „Managing Innovation and Reform in Healthcare”, University of Minnesota, Minneapolis. 2012.
- SCHULZ, Erika. *Ageing, Care need and long-term care workforce*. Prosinec 2013. Dostupné z: <http://www.neujobs.eu/sites/default/files/publication/2014/02/NEUJOBS%20Working%20Paper-D12.2-Germany.pdf>
- SCHULZ, Erika. *The Long-Term Care System in Germany (discussion paper)*. Srpen 2010. Dostupné z: http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.359024.de/dp1039.pdf
- Elektronický zdroj: *Deutsche Sozialversicherung*. Dostupné z: <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/en/index.html>
- Elektronický zdroj: *Zentrum für Qualität in der Pflege*. Dostupné z: <http://www.zqp.de/>

Rakousko

- OECD. *Long-term Care Austria*. 2011. Dostupné z: <http://www.oecd.org/austria/47877397.pdf>
- RIEDEL, Monika a KRAUS, Markus. *The Austrian long-term care system*. Institute for Advanced Studies. Vienna. 2010. Dostupné z: https://www.ihs.ac.at/publications/eco/recent_publ/het/ANCIEN_Country%20report_Austria.pdf

Seznam použitých zdrojů

- SOZIALMINISTERIUM. *Social protection in Austria*. Vienna. 2014. Dostupné z: http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/6/3/CH2088/CMS1313745345149/social_protection_in_austria.pdf
- WALLNER, Johannes. *Achieving quality long-term care in residential facilities*. Federal Association of Austrian Residential Care Homes for the Elderly, Vienna, 2010

Nizozemsko

- LEYDEN ACADEMY. *Coordination of Health Care Services in Netherlands*. Leiden. 2012. Dostupné z: <http://ifwj.org/e/wp-content/uploads/2012/07/Dutch-cure-and-care-Feb.-2012-F.pdf>
- MOT, Esther. *The Dutch system of long-term care*. CPB. The Hague. 2010. Dostupné z: <http://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/dutch-system-long-term-care.pdf>
- OECD. *Netherlands. Long-term care*. Květen, 2011. Dostupné z: <http://www.oecd.org/netherlands/47877903.pdf>
- SCHUT, Erik et al. *Health care reform and long-term care in the Netherlands*. OECD. Leden 2013. Dostupné z: <http://www.oecd.org/eco/reform/2013-2.pdf>
- THE NETHERLAND INSTITUTE FOR SOCIAL RESEARCH. *In the spotlight: informal care in the Netherlands*. The Hague. 2010

Velká Británie

- ANDREWS, Doug. *Is Long-Term Care Social Insurance Affordable in Developed Countries?* 2011. Dostupné z: https://www.russellsage.org/sites/all/files/Wolf_LTC/Wolf_Universal-LTC_Chapter-5.pdf
- BELL, David, BOWES, Alison. *Free personal care in Scotland, (almost) 10 years on*. Dostupné z: https://www.russellsage.org/sites/all/files/Wolf_LTC/Wolf_Universal-LTC_Chapter-5.pdf
- DEPARTMENT OF HEALTH. *Carers Strategy: Second National Action Plan 2014-2016*. October 2014.
- Vládní materiál: *Shaping the Future of Care Together*. Dostupné z: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_102732.pdf
- WHYNES, David K. *The Provision and Finance of Long-term Care in the United Kingdom*. 1996. Dostupné z: [https://www.genevaassociation.org/media/231694/ga1996_qp21\(79\)-whynes.pdf](https://www.genevaassociation.org/media/231694/ga1996_qp21(79)-whynes.pdf)
- WITTENBERG, Raphael. *How can private long-term care insurance supplement state systems? The UK as a case study*. AXA Research Fund. Dostupné z: <https://www.axa-research.org/project/raphael-wittenberg>
- WITTENBERG, Rafael, MALLEY, Juliette. *Financing Long-term Care for Older People in England*. Oxford Institute of Ageing. Ageing horizons, Issue No. 6, 28–32. Dostupné z: <http://www.ageing.ox.ac.uk/files/Ageing%20Horizons%206%20Wittenberg%20and%20Malley.pdf>
- WITTENBERG, Rafael, COMAS-HERRERA, Adelina, PICKARD, Linda, HANCOCK, Ruth. *Future demand for long-term care in the UK*. 2004. Dostupné z: <http://www.jrf.org.uk/system/files/1859352049.pdf>
- PERSONAL SOCIAL SERVICES RESEACH UNIT. *Long-term care funding in England: an analysis of the costs and distributional effects of potential reforms*. Discussion Paper. April 2013.
- PERSONAL SOCIAL SERVICES RESEACH UNIT. *Paying for Long-Term Care for Older People in the UK: Modelling the Costs and Distributional Effects of a Range of Options*. Duben 2007. Dostupné z: http://www.pssru.ac.uk/pdf/dp2336_2.pdf
- PERSONAL SOCIAL SERVICES RESEACH UNIT. *Barriers and Opportunities for Private Long-Term Care Insurance in England: What Can We Learn From Other Countries?* 2012. Dostupné z: https://www.academia.edu/1466897/Barriers_and_Opportunities_for_Private_Long-Term_Care_Insurance_in_England_What_Can_We_Learn_From_Other_Countries
- RODRIGUEZ, Ricardo, SCHMIDT, Andrea. *Paying for Long-term Care*. European Centre, 2010. Dostupné z: http://www.euro.centre.org/data/1283437589_95069.pdf
- Elektronický zdroj: *How to fund your long-term care – a beginner's guide*. The Money Advice Service. Dostupné z: <https://www.moneyadviceservice.org.uk/en/articles/how-to-fund-your-long-term-care-a-beginners-guide>
- Elektronický zdroj: *Long-Term Care Around the Globe - History Of Long-term Care, Trends In Long-term Care, Funding Concerns, Residential Eldercare Versus Home Care*. Dostupné z: <http://medicine.jrank.org/pages/1061/Long-Term-Care-Around-Globe.html>

Seznam použitých zdrojů

- Elektronický zdroj: *The cap on long-term care costs: myths and reality*. Dostupné z: <http://www.telegraph.co.uk/finance/personalfinance/insurance/longtermcare/10162618/The-cap-on-long-term-care-costs-myths-and-reality.html>

Švédsko

- HELLQVIST, Karin, LIDBRINK, Marianne. *Quality of long-term care in residential facilities*. Říjen 2010. Dostupné z: file:///C:/Users/nbabjakova/Downloads/Sweden_DE10.pdf
- KARLSSON, Marti, IVERSEN, Tor, OIEN, Henning. *Scandinavian long-term care financing (working paper)*. 2010.
- JOHANSSON, Lennarth. *Care of older people in Sweden (working paper in progress)*. 2015.
- OECD. *Sweden. Long-term care*. Květen, 2011.
- OECD. *Highlights from A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*. 2013. Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Sweden-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf>
- SZEBEHELY, Marta. *Long term care policies for older people in Sweden: are there lessons to learn?* Presentation at the seminar organised By Nordic Horizons. 2013.
- SWEDISH TAX AGENCY. *Taxes in Sweden*. 2014. Dostupné z: http://www.skatteverket.se/download/18_d5e04db14b6fef2c86102/1423556873574/taxes-in-sweden-skv104-utgava15.pdf
- Elektronický zdroj: *Elderly care in Sweden*. Dostupné z: <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/>

Dánsko

- OECD. *Denmark. Long-term care*. Květen. 2011. Dostupné z: <http://www.oecd.org/denmark/47877588.pdf>
- *Konsolidační zákon o sociálních službách (CASS)*. Dostupné z: <http://sm.dk/en/files/consolidation-act-on-social-services-1.pdf>
- SCHULZ, Erika. *The Long-term Care in Denmark*. DIW. Berlin. Srpen 2010. Dostupné z: http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.359021.de/dp1038.pdf
- STATISTICS DENMARK. *Nordic Statistical Yearbook*. Copenhagen. 2013. Dostupné z: <http://www.dst.dk/en/Statistik/Publikationer/VisPub?cid=17962>

Příloha 1:

Zdrojové tabulky k prognóze vývoje počtu na péči závislých osob

Výdaje na příspěvek na péči (PnP)

Výdaje PnP s vysokou demografií, inflací a rostoucí incidencí

Rok	Výdaje PnP	Výdaje PnP neregistrovaní poskytovatelé	Výdaje PnP pobytové služby	Výdaje PnP registrovaní ostatní
2015	21 841 604 608	13 922 359 296	5 596 344 320	2 322 901 760
2020	28 479 741 952	18 095 376 384	7 335 425 024	3 048 937 984
2025	37 231 349 760	23 559 034 880	9 641 084 928	4 031 229 440
2030	48 475 246 592	30 447 734 784	12 706 859 008	5 320 652 800
2035	63 771 131 904	39 639 474 176	17 059 659 776	7 071 993 856
2040	78 714 388 480	48 589 799 424	21 359 400 960	8 765 192 192

Výdaje PnP se střední demografií, inflací

Rok	Výdaje PnP	Výdaje PnP neregistrovaní poskytovatelé	Výdaje PnP pobytové služby	Výdaje PnP registrovaní ostatní
2015	20 037 873 664	12 803 710 976	5 108 553 728	2 125 612 416
2020	24 271 886 336	15 479 589 888	6 202 493 440	2 589 803 520
2025	29 647 128 576	18 837 233 664	7 609 708 032	3 200 186 368
2030	36 194 758 656	22 819 205 120	9 412 581 376	3 962 971 648
2035	44 596 326 400	27 814 572 032	11 846 438 912	4 935 315 968
2040	53 967 151 104	33 389 641 728	14 575 722 496	6 001 790 976

Výdaje PnP se střední demografií, inflací a rostoucí incidencí

Rok	Výdaje PnP	Výdaje PnP neregistrovaní poskytovatelé	Výdaje PnP pobytové služby	Výdaje PnP registrovaní ostatní
2015	21 060 009 984	13 456 828 416	5 369 141 248	2 234 040 064
2020	26 811 265 024	17 099 094 016	6 851 412 992	2 860 754 432
2025	34 419 392 512	21 869 441 024	8 834 634 752	3 715 317 504
2030	44 164 481 024	27 843 768 320	11 485 137 920	4 835 580 928
2035	57 191 759 872	35 670 294 528	15 192 252 416	6 329 206 784
2040	72 739 577 856	45 004 197 888	19 645 874 176	8 089 507 840

Vliv inflace na agregátní výdaje na PnP

Rok	Výdaje PnP inflace 0%	Výdaje PnP inflace 0.5%	Výdaje PnP inflace 1.0%	Výdaje PnP inflace 1.5%	Výdaje PnP inflace 2.0%
2015	19 450 001 408	19 644 981 248	19 840 942 080	20 037 873 664	20 235 778 048
2020	21 869 621 248	22 646 636 544	23 447 193 600	24 271 886 336	25 121 320 960
2025	24 796 489 728	26 325 878 784	27 941 298 176	29 647 128 576	31 447 941 120
2030	28 101 070 848	30 587 641 856	33 280 229 376	36 194 758 656	39 348 293 632
2035	32 140 021 760	35 867 361 280	40 005 197 824	44 596 326 400	49 687 814 144
2040	36 103 254 016	41 307 611 136	47 230 599 168	53 967 151 104	61 624 164 352

Počet příjemců PnP dle pohlaví a stupně závislosti

Počet příjemců PnP mužského pohlaví, dle stupně závislosti

Rok	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 1	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 2	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 3	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 4
2015	40 267	37 838	25 848	15 772
2020	44 366	42 440	28 965	17 590
2025	50 665	48 075	32 616	19 528
2030	58 281	54 448	36 609	21 391
2035	66 696	61 886	41 474	23 682
2040	74 862	69 419	46 632	26 242

Počet příjemců PnP ženského pohlaví, dle stupně závislosti

Rok	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 1	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 2	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 3	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 4
2015	88 970	65 433	42 603	27 990
2020	99 071	73 168	48 041	31 904
2025	113 868	83 660	54 798	36 445
2030	130 348	95 999	62 844	41 764
2035	144 791	109 354	72 953	49 253
2040	155 340	120 884	82 561	56 890

Počet příjemců PnP dle věku, stupně závislosti využívající pobytové služby

Počet příjemců PnP, 1-18, dle stupně závislosti, využívající pobytové služby

Rok	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 1	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 2	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 3	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 4
2015	7 816	4 657	5 076	5 822
2020	8 496	5 080	5 555	6 392
2025	8 796	5 276	5 784	6 673
2030	8 450	5 074	5 567	6 428
2035	7 943	4 762	5 218	6 017
2040	7 655	4 576	5 002	5 755

Počet příjemců PnP, 19-65, dle stupně závislosti, využívající pobytové služby

Rok	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 1	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 2	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 3	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 4
2015	22 449	23 837	16 299	9 466
2020	21 499	22 918	15 710	9 138
2025	21 649	22 952	15 620	9 014
2030	22 687	23 786	15 977	9 102
2035	23 732	24 623	16 377	9 251
2040	23 457	24 268	16 124	9 102

Počet příjemců PnP, 66+, dle stupně závislosti, využívající pobytové služby

Rok	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 1	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 2	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 3	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 4
2015	98 973	74 778	47 077	28 475
2020	114 534	87 610	55 741	33 965
2025	135 469	103 508	66 011	40 286
2030	159 048	121 587	77 910	47 626
2035	181 446	141 856	92 833	57 669
2040	200 456	161 459	108 067	68 275

Počet příjemců PnP dle věku, stupně závislosti využívající služby ostatních registrovaných poskytovatelů

Počet příjemců PnP, 1-18, dle stupně závislosti, využívající služby ostatních registrovaných poskytovatelů

Rok	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 1	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 2	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 3	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 4
2015	89	132	221	585
2020	96	144	243	642
2025	99	150	253	671
2030	95	144	243	646
2035	90	135	228	605
2040	87	130	218	578

Počet příjemců PnP, 19-65, dle stupně závislosti, využívající služby ostatních registrovaných poskytovatelů

Rok	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 1	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 2	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 3	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 4
2015	18 511	2 431	1 602	864
2020	20 801	2 350	1 553	838
2025	24 698	2 311	1 522	815
2030	29 342	2 407	1 551	819
2035	34 149	2 487	1 583	830
2040	38 936	2 471	1 558	824

Počet příjemců PnP, 66+, dle stupně závislosti, využívající služby ostatních registrovaných poskytovatelů

Rok	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 1	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 2	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 3	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 4
2015	2 347	10 675	5 044	2 435
2020	2 241	12 524	5 974	2 909
2025	2 223	14 402	6 879	3 368
2030	2 358	17 051	8 123	3 993
2035	2 468	20 202	9 714	4 806
2040	2 482	23 846	11 702	5 857

Počet příjemců PnP dle věku, stupně závislosti využívající služby neregistrovaných poskytovatelů

Počet příjemců PnP, 1-18, dle stupně závislosti, využívající služby neregistrovaných poskytovatelů

Rok	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 1	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 2	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 3	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 4
2015	7 693	4 437	4 664	4 443
2020	8 362	4 839	5 105	4 879
2025	8 658	5 025	5 315	5 093
2030	8 318	4 833	5 115	4 906
2035	7 818	4 536	4 794	4 592
2040	7 535	4 359	4 597	4 392

Počet příjemců PnP, 19-65, dle stupně závislosti, využívající služby neregistrovaných poskytovatelů

Rok	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 1	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 2	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 3	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 4
2015	70 327	16 293	10 626	4 656
2020	81 267	15 643	10 233	4 492
2025	95 946	15 661	10 173	4 427
2030	112 112	16 260	10 413	4 468
2035	126 830	16 905	10 705	4 553
2040	139 179	16 684	10 562	4 490

Počet příjemců PnP, 66+, dle stupně závislosti, využívající služby neregistrovaných poskytovatelů

Rok	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 1	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 2	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 3	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 4
2015	16 950	51 663	30 264	13 836
2020	16 217	60 434	35 818	16 590
2025	16 326	71 349	42 421	19 676
2030	17 135	83 414	49 999	23 208
2035	17 972	96 342	59 316	28 159
2040	17 766	108 776	68 814	33 527

Počet příjemců PnP dle věku a stupně závislosti

Počet příjemců PnP, 1-18, dle stupně závislosti

Rok	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 1	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 2	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 3	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 4
2015	7 816	4 656	5 076	5 822
2020	8 496	5 080	5 555	6 392
2025	8 796	5 276	5 784	6 673
2030	8 450	5 074	5 567	6 428
2035	7 943	4 762	5 218	6 017
2040	7 655	4 576	5 002	5 755

Počet příjemců PnP, 19-65, dle stupně závislosti

Rok	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 1	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 2	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 3	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 4
2015	22 449	23 837	16 299	9 466
2020	21 499	22 918	15 710	9 138
2025	21 649	22 952	15 620	9 014
2030	22 687	23 786	15 977	9 102
2035	23 732	24 623	16 377	9 251
2040	23 457	24 268	16 124	9 102

Počet příjemců PnP, 66+, dle stupně závislosti

Rok	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 1	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 2	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 3	Počet příjemců PnP stupeň závislosti 4
2015	98 973	74 778	47 077	28 475
2020	114 534	87 610	55 741	33 965
2025	135 469	103 508	66 011	40 286
2030	159 048	121 587	77 910	47 626
2035	181 446	141 856	92 833	57 669
2040	200 456	161 459	108 067	68 275

Výdaje na PnP dle věku a stupně závislosti

Výdaje na PnP ve věkové kategorii 1-18, dle stupně závislosti

Rok	Výdaje na PnP stupeň závislosti 1	Výdaje na PnP stupeň závislosti 2	Výdaje na PnP stupeň závislosti 3	Výdaje na PnP stupeň závislosti 4
2015	289 886 496	345 414 816	564 757 376	863 719 104
2016	299 571 744	357 170 560	584 266 688	894 011 776
2017	309 500 352	369 269 952	604 425 344	925 424 384
2018	319 756 672	381 827 232	625 402 432	958 214 208
2019	329 789 056	394 113 600	645 991 104	990 451 328
2020	339 436 672	405 966 432	665 858 496	1 021 600 000
2021	348 681 472	417 334 976	684 928 128	1 051 519 488
2022	357 621 376	428 341 248	703 397 312	1 080 514 816
2023	365 668 448	438 251 072	720 045 248	1 106 668 288
2024	372 580 928	446 785 792	734 388 992	1 129 227 776
2025	378 603 968	454 218 752	746 913 152	1 148 947 584
2026	382 701 472	459 329 152	755 511 040	1 162 527 232
2027	385 396 928	462 698 112	761 200 000	1 171 535 360
2028	388 017 376	465 946 080	766 684 736	1 180 194 560
2029	390 168 608	468 591 744	771 126 400	1 187 166 464
2030	391 820 896	470 587 296	774 429 888	1 192 279 168
2031	393 020 928	471 981 504	776 665 536	1 195 625 984
2032	393 906 304	472 938 720	778 102 976	1 197 620 096
2033	394 676 224	473 702 400	779 148 224	1 198 895 360
2034	395 560 064	474 555 392	780 276 608	1 200 198 656
2035	396 755 040	475 743 232	781 903 616	1 202 187 904
2036	398 424 192	477 471 360	784 380 288	1 205 423 872
2037	400 692 160	479 899 840	787 983 232	1 210 353 664
2038	403 653 184	483 152 448	792 931 072	1 217 336 192
2039	407 382 592	487 331 584	799 407 680	1 226 679 552
2040	411 946 176	492 529 024	807 581 184	1 238 668 544

Výdaje na PnP ve věkové kategorii 19-65, dle stupně závislosti

Rok	Výdaje na PnP stupeň závislosti 1	Výdaje na PnP stupeň závislosti 2	Výdaje na PnP stupeň závislosti 3	Výdaje na PnP stupeň závislosti 4
2015	222 021 664	1 178 765 184	1 612 012 032	1 404 256 000
2016	223 490 624	1 187 116 928	1 624 158 464	1 415 184 768
2017	224 671 424	1 194 395 264	1 635 334 912	1 425 684 480
2018	225 859 040	1 201 779 712	1 646 627 840	1 436 273 152
2019	227 362 848	1 210 782 976	1 659 678 208	1 448 121 728
2020	229 064 576	1 220 919 424	1 673 856 768	1 460 487 424
2021	230 991 120	1 231 964 928	1 689 011 456	1 473 431 936
2022	233 275 632	1 244 500 480	1 705 713 408	1 487 249 920
2023	236 438 160	1 260 754 432	1 726 391 424	1 503 617 024
2024	241 596 128	1 285 329 792	1 755 797 376	1 525 401 088
2025	248 483 808	1 317 185 792	1 792 805 888	1 551 963 520
2026	255 430 400	1 349 782 656	1 831 210 240	1 580 085 760
2027	262 304 688	1 382 511 360	1 870 198 016	1 609 056 768
2028	269 010 912	1 414 588 544	1 908 414 336	1 637 520 384
2029	274 784 736	1 442 701 952	1 942 110 976	1 662 844 800
2030	280 520 992	1 470 591 616	1 975 577 472	1 688 190 336
2031	286 724 800	1 500 721 152	2 012 269 440	1 716 679 296
2032	293 488 384	1 533 397 120	2 052 232 960	1 747 949 568
2033	300 749 824	1 568 024 704	2 094 359 552	1 780 735 104
2034	308 555 968	1 604 705 920	2 138 796 544	1 815 216 640
2035	316 127 552	1 639 947 520	2 181 505 024	1 848 447 744
2036	322 775 936	1 671 207 680	2 219 989 760	1 878 806 016
2037	328 503 872	1 698 504 448	2 254 270 464	1 906 391 424
2038	333 075 520	1 720 810 496	2 283 049 728	1 930 231 296
2039	335 704 864	1 734 632 448	2 302 344 192	1 947 376 128
2040	336 616 256	1 741 230 592	2 313 836 032	1 959 289 344

Výdaje na PnP ve věkové kategorii 66+, dle stupně závislosti

Rok	Výdaje na PnP stupeň závislosti 1	Výdaje na PnP stupeň závislosti 2	Výdaje na PnP stupeň závislosti 3	Výdaje na PnP stupeň závislosti 4
2015	978 861 120	3 697 827 072	4 655 986 176	4 224 368 640
2016	1 021 080 768	3 873 246 720	4 893 681 152	4 450 167 296
2017	1 067 056 256	4 060 395 520	5 143 012 352	4 686 413 824
2018	1 114 681 216	4 251 522 816	5 395 247 104	4 923 051 520
2019	1 166 601 216	4 456 657 408	5 664 174 080	5 173 669 888
2020	1 220 301 440	4 667 234 816	5 938 931 200	5 428 229 120
2021	1 278 616 064	4 897 439 232	6 240 165 888	5 711 891 456
2022	1 344 872 064	5 150 643 712	6 566 774 784	6 012 218 368
2023	1 413 631 360	5 411 889 152	6 903 037 952	6 320 357 376
2024	1 484 782 080	5 677 910 528	7 241 498 112	6 628 716 544
2025	1 554 901 376	5 940 313 088	7 576 728 576	6 936 061 440
2026	1 625 437 952	6 205 755 392	7 919 556 096	7 249 199 104
2027	1 709 222 784	6 517 992 448	8 317 929 984	7 613 266 944
2028	1 795 228 672	6 841 618 944	8 733 556 736	7 994 091 520
2029	1 882 016 256	7 179 858 944	9 180 477 440	8 408 862 720
2030	1 966 630 400	7 517 133 312	9 633 525 760	8 833 471 488
2031	2 053 705 472	7 875 467 264	10 124 743 680	9 305 607 168
2032	2 146 157 056	8 260 584 448	10 662 501 376	9 825 449 984
2033	2 237 665 280	8 648 505 344	11 210 253 312	10 359 574 528
2034	2 329 060 096	9 052 816 384	11 793 803 264	10 944 791 552
2035	2 416 972 032	9 448 069 120	12 365 953 024	11 522 713 600
2036	2 502 381 568	9 825 916 928	12 907 532 288	12 062 461 952
2037	2 598 201 088	10 281 206 784	13 587 096 576	12 761 849 856
2038	2 693 783 552	10 738 251 776	14 270 046 208	13 462 812 672
2039	2 787 094 016	11 173 357 568	14 909 491 200	14 104 639 488
2040	2 876 565 504	11 584 772 096	15 507 750 912	14 696 372 224

Výdaje na PnP dle věku a stupně závislosti, poskytovatelé pobytových služeb

Pobytové služby, výdaje na PnP ve věkové kategorii 1-18, dle stupně závislosti

Rok	Výdaje na PnP stupeň závislosti 1	Výdaje na PnP stupeň závislosti 2	Výdaje na PnP stupeň závislosti 3	Výdaje na PnP stupeň závislosti 4
2015	1 270 637	6 549 915	21 145 354	117 746 672
2016	1 314 426	6 778 050	21 875 204	121 876 488
2017	1 359 611	7 014 242	22 629 108	126 158 400
2018	1 406 654	7 260 435	23 413 596	130 628 896
2019	1 452 677	7 502 313	24 183 164	135 021 824
2020	1 497 179	7 735 871	24 925 954	139 268 096
2021	1 539 889	7 960 139	25 638 888	143 346 752
2022	1 581 270	8 177 416	26 329 400	147 299 808
2023	1 618 533	8 373 342	26 951 718	150 864 832
2024	1 650 684	8 542 250	27 487 986	153 940 848
2025	1 678 668	8 689 833	27 956 004	156 628 288
2026	1 698 058	8 791 292	28 277 688	158 482 016
2027	1 710 855	8 858 523	28 490 442	159 711 248
2028	1 723 120	8 923 247	28 695 412	160 891 552
2029	1 733 060	8 975 496	28 861 448	161 841 872
2030	1 740 468	9 014 057	28 985 034	162 538 704
2031	1 745 506	9 039 689	29 068 820	162 994 784
2032	1 748 780	9 055 522	29 122 902	163 266 464
2033	1 751 201	9 066 318	29 162 464	163 440 096
2034	1 753 833	9 077 672	29 205 270	163 617 584
2035	1 757 606	9 094 492	29 266 848	163 888 560
2036	1 763 305	9 120 951	29 360 316	164 329 520
2037	1 771 546	9 160 356	29 496 000	165 001 392
2038	1 782 815	9 215 341	29 682 040	165 953 152
2039	1 797 519	9 288 148	29 925 294	167 226 768
2040	1 816 031	9 380 845	30 232 014	168 861 120

Pobytové služby, výdaje na PnP ve věkové kategorii 19-65, dle stupně závislosti

Rok	Výdaje na PnP stupeň závislosti 1	Výdaje na PnP stupeň závislosti 2	Výdaje na PnP stupeň závislosti 3	Výdaje na PnP stupeň závislosti 4
2015	31 171 196	252 867 744	402 672 480	585 326 464
2016	31 428 736	254 911 328	405 801 664	589 911 488
2017	31 652 120	256 758 656	408 712 064	594 328 320
2018	31 873 812	258 630 768	411 689 216	598 840 896
2019	32 120 168	260 787 168	415 181 376	604 016 768
2020	32 402 052	263 266 128	419 094 048	609 599 872
2021	32 722 724	265 985 376	423 280 064	615 455 488
2022	33 097 100	269 037 184	427 849 632	621 675 904
2023	33 578 792	272 799 424	433 360 416	628 936 192
2024	34 288 144	278 011 616	440 754 432	638 201 920
2025	35 183 272	284 470 336	449 846 912	649 331 264
2026	36 092 016	291 149 632	459 395 520	661 238 848
2027	36 997 180	297 914 016	469 178 880	673 599 424
2028	37 868 224	304 493 888	478 774 336	685 769 920
2029	38 616 180	310 300 160	487 370 784	696 774 080
2030	39 331 924	315 902 304	495 801 664	707 685 504
2031	40 078 376	321 734 656	504 764 416	719 593 472
2032	40 874 492	327 905 888	514 303 200	732 392 704
2033	41 720 504	334 346 560	524 196 384	745 618 112
2034	42 608 020	340 953 248	534 316 608	759 154 432
2035	43 461 600	347 209 216	543 891 648	772 006 848
2036	44 242 328	352 920 256	552 579 904	783 766 976
2037	44 936 456	358 025 024	560 378 816	794 492 160
2038	45 504 644	362 292 992	567 011 392	803 843 456
2039	45 872 184	365 178 688	571 609 920	810 689 088
2040	46 055 584	366 849 312	574 506 880	815 553 216

Pobytové služby, výdaje na PnP ve věkové kategorii 66+, dle stupně závislosti

Rok	Výdaje na PnP stupeň závislosti 1	Výdaje na PnP stupeň závislosti 2	Výdaje na PnP stupeň závislosti 3	Výdaje na PnP stupeň závislosti 4
2015	31 171 196	252 867 744	402 672 480	585 326 464
2016	31 428 736	254 911 328	405 801 664	589 911 488
2017	31 652 120	256 758 656	408 712 064	594 328 320
2018	31 873 812	258 630 768	411 689 216	598 840 896
2019	32 120 168	260 787 168	415 181 376	604 016 768
2020	32 402 052	263 266 128	419 094 048	609 599 872
2021	32 722 724	265 985 376	423 280 064	615 455 488
2022	33 097 100	269 037 184	427 849 632	621 675 904
2023	33 578 792	272 799 424	433 360 416	628 936 192
2024	34 288 144	278 011 616	440 754 432	638 201 920
2025	35 183 272	284 470 336	449 846 912	649 331 264
2026	36 092 016	291 149 632	459 395 520	661 238 848
2027	36 997 180	297 914 016	469 178 880	673 599 424
2028	37 868 224	304 493 888	478 774 336	685 769 920
2029	38 616 180	310 300 160	487 370 784	696 774 080
2030	39 331 924	315 902 304	495 801 664	707 685 504
2031	40 078 376	321 734 656	504 764 416	719 593 472
2032	40 874 492	327 905 888	514 303 200	732 392 704
2033	41 720 504	334 346 560	524 196 384	745 618 112
2034	42 608 020	340 953 248	534 316 608	759 154 432
2035	43 461 600	347 209 216	543 891 648	772 006 848
2036	44 242 328	352 920 256	552 579 904	783 766 976
2037	44 936 456	358 025 024	560 378 816	794 492 160
2038	45 504 644	362 292 992	567 011 392	803 843 456
2039	45 872 184	365 178 688	571 609 920	810 689 088
2040	46 055 584	366 849 312	574 506 880	815 553 216

Výdaje na PnP dle věku a stupně závislosti, ostatní registrovaní poskytovatelé

Ostatní registrovaní poskytovatelé, výdaje na PnP ve věkové kategorii 1-18, dle stupně závislosti

Rok	Výdaje na PnP stupeň závislosti 1	Výdaje na PnP stupeň závislosti 2	Výdaje na PnP stupeň závislosti 3	Výdaje na PnP stupeň závislosti 4
2015	3 307 456	9 779 420	24 623 098	86 780 256
2016	3 414 034	10 116 219	25 479 456	89 823 640
2017	3 522 089	10 463 496	26 366 136	92 980 336
2018	3 633 074	10 825 291	27 289 556	96 274 224
2019	3 740 352	11 178 428	28 198 128	99 515 824
2020	3 843 724	11 520 453	29 074 242	102 645 576
2021	3 942 580	11 848 684	29 915 454	105 651 808
2022	4 038 131	12 166 819	30 730 170	108 564 688
2023	4 123 787	12 453 091	31 465 146	111 192 864
2024	4 197 424	12 700 371	32 098 140	113 458 656
2025	4 260 904	12 915 116	32 652 060	115 441 200
2026	4 304 787	13 064 964	33 030 720	116 801 968
2027	4 333 288	13 163 698	33 281 862	117 705 280
2028	4 360 771	13 257 874	33 524 574	118 575 488
2029	4 383 701	13 334 218	33 720 628	119 276 184
2030	4 401 968	13 391 138	33 865 536	119 790 112
2031	4 416 229	13 429 892	33 962 200	120 126 624
2032	4 428 046	13 455 144	34 022 368	120 327 248
2033	4 439 581	13 473 892	34 063 916	120 455 648
2034	4 453 277	13 494 327	34 107 824	120 586 912
2035	4 471 191	13 523 588	34 172 472	120 787 072
2036	4 494 980	13 567 704	34 273 484	121 112 472
2037	4 525 861	13 631 414	34 423 228	121 608 024
2038	4 564 691	13 718 439	34 631 532	122 309 784
2039	4 612 103	13 831 910	34 906 760	123 248 704
2040	4 668 602	13 974 666	35 256 600	124 453 408

Ostatní registrovaní poskytovatelé, výdaje na PnP ve věkové kategorii 19-65, dle stupně závislosti

Rok	Výdaje na PnP stupeň závislosti 1	Výdaje na PnP stupeň závislosti 2	Výdaje na PnP stupeň závislosti 3	Výdaje na PnP stupeň závislosti 4
2015	23 215 168	120 206 808	158 437 456	128 166 496
2016	23 370 042	121 035 184	159 516 608	129 124 344
2017	23 487 954	121 747 328	160 548 880	130 047 552
2018	23 601 076	122 467 608	161 635 856	130 968 160
2019	23 734 988	123 353 592	163 010 688	131 985 600
2020	23 875 694	124 326 032	164 526 608	132 971 840
2021	24 045 036	125 394 736	166 079 168	133 994 672
2022	24 259 160	126 613 664	167 701 376	135 075 600
2023	24 578 276	128 222 928	169 620 256	136 377 184
2024	25 143 340	130 693 680	172 134 800	138 167 264
2025	25 912 110	133 925 296	175 262 832	140 389 952
2026	26 674 468	137 231 808	178 629 024	142 745 904
2027	27 416 212	140 541 968	182 140 576	145 165 312
2028	28 131 592	143 781 264	185 658 224	147 542 960
2029	28 726 548	146 605 744	188 909 152	149 630 400
2030	29 318 528	149 420 032	192 210 880	151 768 480
2031	29 975 214	152 489 424	195 829 888	154 297 104
2032	30 705 246	155 831 840	199 719 936	157 144 656
2033	31 506 164	159 388 816	203 720 896	160 171 360
2034	32 392 496	163 174 720	207 812 112	163 436 128
2035	33 269 442	166 839 424	211 667 568	166 647 232
2036	34 042 740	170 083 072	215 070 080	169 567 280
2037	34 709 656	172 913 504	218 090 848	172 217 600
2038	35 236 016	175 226 912	220 687 008	174 510 848
2039	35 530 540	176 652 128	222 466 816	176 150 208
2040	35 615 648	177 305 488	223 620 096	177 277 104

Ostatní registrovaní poskytovatelé, výdaje na PnP ve věkové kategorii 66+, dle stupně závislosti

Rok	Výdaje na PnP stupeň závislosti 1	Výdaje na PnP stupeň závislosti 2	Výdaje na PnP stupeň závislosti 3	Výdaje na PnP stupeň závislosti 4
2015	183 076 976	527 884 320	498 871 200	361 264 064
2016	191 062 752	553 246 080	524 242 624	380 122 112
2017	199 655 456	580 025 216	550 900 480	400 304 352
2018	208 551 984	607 356 544	577 920 640	420 747 904
2019	218 350 704	636 822 656	606 853 888	442 563 776
2020	228 523 232	667 169 280	636 494 464	464 832 096
2021	239 551 520	700 308 288	669 004 480	489 546 688
2022	252 262 528	737 123 520	704 439 744	516 139 648
2023	265 521 952	775 270 528	741 004 160	543 590 272
2024	279 293 632	814 309 504	777 873 152	571 292 096
2025	292 962 272	853 091 584	814 461 824	598 911 168
2026	306 871 360	892 773 312	851 906 496	626 925 632
2027	323 322 176	939 304 192	895 433 216	659 526 272
2028	340 238 816	987 634 176	940 826 688	693 493 248
2029	357 454 592	1 038 596 928	989 516 928	729 636 416
2030	374 327 296	1 089 544 192	1 038 786 304	766 147 456
2031	391 758 848	1 143 760 000	1 092 356 608	806 706 048
2032	410 679 072	1 203 248 512	1 151 139 840	851 015 936
2033	429 455 328	1 263 317 248	1 211 036 800	896 453 568
2034	448 162 624	1 325 630 336	1 274 862 720	946 010 496
2035	465 944 928	1 385 938 688	1 337 219 840	994 833 920
2036	483 141 312	1 443 500 160	1 396 155 776	1 040 398 976
2037	502 755 712	1 513 388 288	1 470 334 720	1 098 810 368
2038	522 231 456	1 583 294 976	1 544 839 424	1 157 338 624
2039	540 985 664	1 649 184 768	1 614 384 640	1 211 162 112
2040	558 731 520	1 710 926 336	1 679 203 200	1 260 757 504

Výdaje na PnP dle věku a stupně závislosti, neregistrovaní poskytovatelé

Neregistrovaní poskytovatelé, výdaje na PnP ve věkové kategorii 1-18, dle stupně závislosti

Rok	Výdaje na PnP stupeň závislosti 1	Výdaje na PnP stupeň závislosti 2	Výdaje na PnP stupeň závislosti 3	Výdaje na PnP stupeň závislosti 4
2015	285 308 416	329 085 472	518 988 928	659 192 192
2016	294 843 264	340 276 320	536 912 000	682 311 680
2017	304 618 624	351 792 256	555 430 080	706 285 632
2018	314 716 928	363 741 504	574 699 264	731 310 976
2019	324 596 032	375 432 864	593 609 728	755 913 664
2020	334 095 744	386 710 144	611 858 304	779 686 400
2021	343 198 976	397 526 176	629 373 824	802 520 960
2022	352 001 984	407 997 024	646 337 792	824 650 240
2023	359 926 080	417 424 640	661 628 416	844 610 496
2024	366 732 832	425 543 168	674 802 816	861 828 288
2025	372 664 384	432 613 824	686 305 024	876 878 016
2026	376 698 656	437 472 896	694 202 688	887 243 264
2027	379 352 768	440 675 840	699 427 712	894 118 848
2028	381 933 440	443 764 896	704 464 768	900 727 488
2029	384 051 840	446 282 048	708 544 384	906 048 384
2030	385 678 432	448 182 144	711 579 264	909 950 336
2031	386 859 168	449 511 936	713 634 496	912 504 576
2032	387 729 504	450 428 064	714 957 696	914 026 368
2033	388 485 408	451 162 176	715 921 856	914 999 552
2034	389 352 960	451 983 456	716 963 584	915 994 176
2035	390 526 208	453 125 120	718 464 192	917 512 192
2036	392 165 856	454 782 784	720 746 432	919 981 824
2037	394 394 752	457 108 032	724 064 000	923 744 128
2038	397 305 664	460 218 688	728 617 600	929 073 216
2039	400 972 928	464 211 552	734 575 616	936 204 032
2040	405 461 504	469 173 504	742 092 544	945 354 112

Neregistrovaní poskytovatelé, výdaje na PnP ve věkové kategorii 19-65, dle stupně závislosti

Rok	Výdaje na PnP stupeň závislosti 1	Výdaje na PnP stupeň závislosti 2	Výdaje na PnP stupeň závislosti 3	Výdaje na PnP stupeň závislosti 4
2015	167 635 312	805 690 624	1 050 902 144	690 762 944
2016	168 691 840	811 170 432	1 058 840 256	696 148 992
2017	169 531 360	815 889 216	1 066 073 728	701 308 672
2018	170 384 128	820 681 344	1 073 302 656	706 464 000
2019	171 507 680	826 642 176	1 081 486 080	712 119 296
2020	172 786 816	833 327 232	1 090 236 160	717 915 520
2021	174 223 360	840 584 960	1 099 652 224	723 981 824
2022	175 919 360	848 849 472	1 110 162 432	730 498 432
2023	178 281 088	859 732 032	1 123 410 816	738 303 680
2024	182 164 640	876 624 384	1 142 908 160	749 031 680
2025	187 388 416	898 790 144	1 167 696 128	762 242 304
2026	192 663 904	921 401 280	1 193 185 536	776 100 992
2027	197 891 296	944 055 424	1 218 878 720	790 292 032
2028	203 011 104	966 313 344	1 243 981 696	804 207 616
2029	207 442 016	985 795 968	1 265 830 912	816 440 192
2030	211 870 560	1 005 269 248	1 287 564 928	828 736 384
2031	216 671 232	1 026 497 088	1 311 675 136	842 788 736
2032	221 908 656	1 049 659 520	1 338 209 792	858 412 224
2033	227 523 120	1 074 289 408	1 366 442 368	874 945 664
2034	233 555 424	1 100 578 048	1 396 667 648	892 625 920
2035	239 396 512	1 125 898 752	1 425 945 856	909 793 664
2036	244 490 848	1 148 204 288	1 452 339 840	925 471 616
2037	248 857 776	1 167 566 080	1 475 800 704	939 681 600
2038	252 334 848	1 183 290 624	1 495 351 552	951 876 992
2039	254 302 144	1 192 801 536	1 508 267 520	960 536 704
2040	254 945 024	1 197 075 712	1 515 709 184	966 459 136

Neregistrovaní poskytovatelé, výdaje na PnP ve věkové kategorii 66+, dle stupně závislosti

Rok	Výdaje na PnP stupeň závislosti 1	Výdaje na PnP stupeň závislosti 2	Výdaje na PnP stupeň závislosti 3	Výdaje na PnP stupeň závislosti 4
2015	695 543 872	2 554 779 136	2 993 197 568	2 052 623 616
2016	725 083 136	2 673 794 560	3 145 078 016	2 164 968 960
2017	757 527 232	2 801 808 128	3 304 774 144	2 282 864 128
2018	791 213 952	2 933 018 880	3 466 674 688	2 400 952 064
2019	827 917 824	3 074 348 544	3 639 556 608	2 525 349 632
2020	865 857 216	3 219 447 040	3 816 263 168	2 651 404 288
2021	906 990 976	3 377 437 440	4 009 600 000	2 791 527 424
2022	953 736 320	3 552 269 312	4 219 803 136	2 938 675 456
2023	1 002 168 768	3 732 470 016	4 436 235 264	3 089 337 088
2024	1 052 177 088	3 915 313 152	4 654 019 584	3 238 948 864
2025	1 101 266 176	4 094 703 104	4 869 105 152	3 387 580 416
2026	1 150 367 872	4 275 076 096	5 088 534 528	3 538 998 272
2027	1 208 728 448	4 487 072 768	5 343 706 624	3 713 890 560
2028	1 268 482 048	4 706 029 568	5 609 719 808	3 897 259 776
2029	1 328 264 960	4 932 431 360	5 894 443 008	4 098 171 392
2030	1 386 267 264	5 157 094 400	6 182 419 456	4 304 592 896
2031	1 445 694 592	5 394 640 384	6 493 661 184	4 535 670 784
2032	1 507 962 624	5 646 152 704	6 832 276 992	4 789 150 720
2033	1 569 367 424	5 898 399 744	7 176 629 760	5 050 576 384
2034	1 630 496 640	6 160 279 552	7 542 378 496	5 339 556 352
2035	1 689 451 776	6 416 675 328	7 901 312 000	5 626 468 864
2036	1 746 923 904	6 662 508 544	8 241 854 464	5 894 049 280
2037	1 810 450 432	6 955 384 832	8 666 613 760	6 243 610 112
2038	1 873 944 064	7 250 114 560	9 094 095 872	6 595 207 168
2039	1 936 617 216	7 533 980 672	9 496 651 776	6 918 094 848
2040	1 997 228 160	7 804 706 816	9 874 804 736	7 216 633 344

Dopady prognózy na státní rozpočet

	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Výdaje PnP střední dem. 1.5% infl	20 037 873 664	24 271 886 336	29 647 128 576	36 194 758 656	44 596 326 400	53 967 151 104
Výdaje PnP střední dem. 1.5% infl & incidence	21 060 009 984	26 811 265 024	34 419 392 512	44 164 481 024	57 191 759 872	72 739 577 856
Výdaje PnP vysoká dem. 1.5% infl & incidence	21 841 604 608	28 479 741 952	37 231 349 760	48 475 246 592	63 771 131 904	82 408 808 448

Dopady prognózy na státní rozpočet (v %)

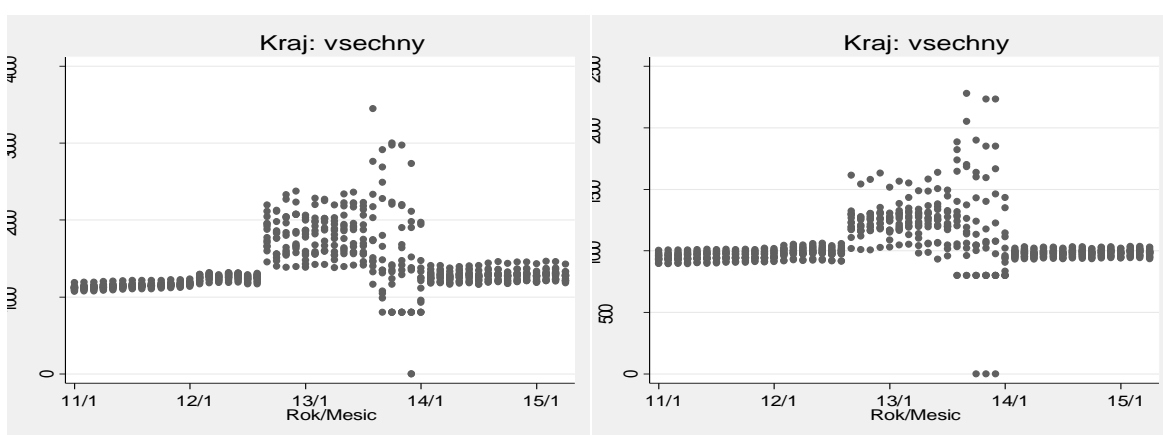
Dopady prognózy na SR	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Výdaje PnP střední dem. 1.5% infl	3,92%	3,87%	3,94%	4,04%	4,10%	3,35%
Výdaje PnP střední dem. 1.5% infl & incidence	4,96%	4,91%	4,98%	5,08%	5,14%	4,39%
Výdaje PnP vysoká dem. 1.5% infl & incidence	5,52%	5,36%	5,32%	5,38%	5,49%	4,69%

Příloha 2: Analýza vyplacených příspěvků na péči v letech 2011-2015

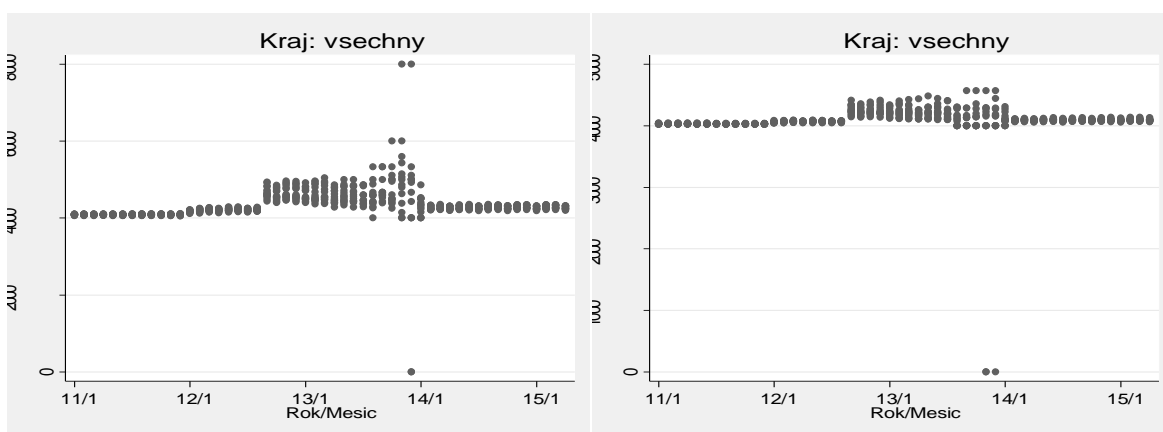
Popis stavu a identifikace jednotlivých faktorů

V této části se zaměříme výhradně na analýzu PnP¹⁶⁶ a popis současného stavu výdajů a jejich vývoj na základě analýzy existujících dat. Soustředíme se na výdaje po jednotlivých skupinách hodnot proměnných. Následující série grafických zobrazení popisuje časové řady v datech po pohlaví, stupních závislosti a krajích. Z logických důvodů se zaměříme na náklady na osobu.

Panel 01: Vyplacené výdaje na osobu pro stupeň závislosti jedna, bez rozlišení věku. Údaje mohou pro daný měsíc zahrnovat i necelé měsíce. Vlevo muži, vpravo ženy

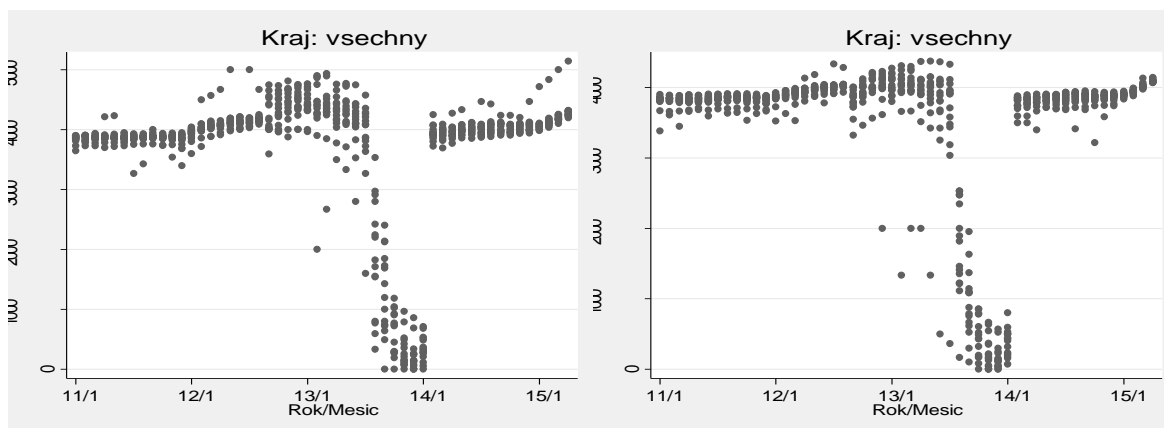


Panel 02: Vyplacené výdaje na osobu pro stupeň závislosti dva, bez rozlišení věku. Údaje mohou pro daný měsíc zahrnovat i necelé měsíce. Vlevo muži, vpravo ženy

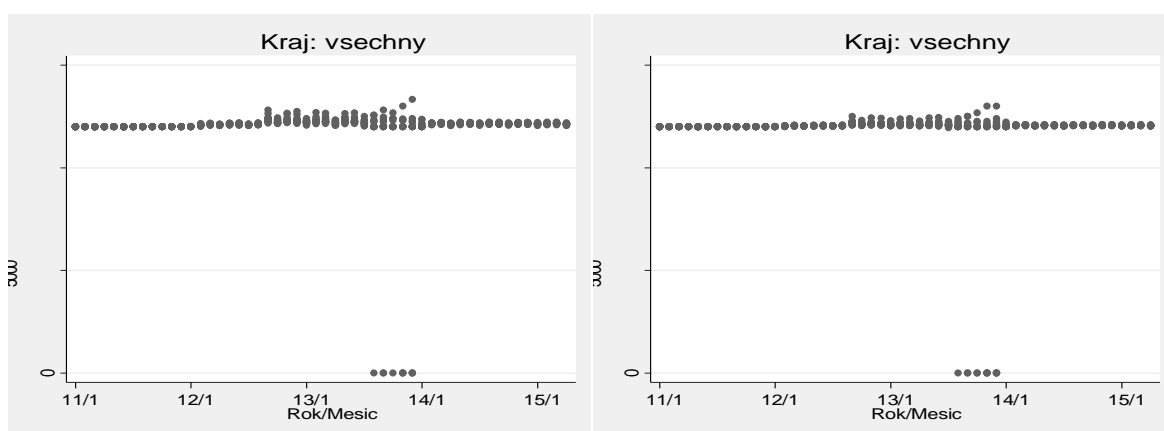


¹⁶⁶ Analýza ostatních výdajových komponent je předmětem samostatně kapitoly

Panel 03: Vyplacené výdaje na osobu pro stupeň závislosti tři, bez rozlišení věku. Údaje mohou pro daný měsíc zahrnovat i celé měsíce. Vlevo muži, vpravo ženy



Panel 04: Vyplacené výdaje na osobu pro stupeň závislosti čtyři bez rozlišení věku. Údaje mohou pro daný měsíc zahrnovat i ne celé měsíce. Vlevo muži, vpravo ženy



Inspekce výše prezentovaných zobrazení dat ukazuje několik důležitých faktů. Za prvé, potvrzuje ze strany zástupců FDV avizovaný problém nekonzistence dat v průběhu roku 2013. Vzhledem k této prokázané nekonzistenci nebudeme data za tento časový úsek používat pro další analýzu a predikci, tím se vyhneme možnému zkreslení našich výsledků.

Za druhé, je rovněž zřetelně vidět, že před a po systémovém skoku z roku 2013 došlo k posunu dat a případný trend tak mohl být porušen. Pro potřeby naší analýzy ovšem odstraníme jen systematicky špatná data¹⁶⁷ a s oběma částmi dat budeme pracovat stejně.

Za třetí vidíme, že první dva stupně závislosti vykazují trend v růstu ceny, zatímco druhé dva stupně postižení jsou stabilní. Pro první dva stupně postižení navíc vidíme zvýšenou varianci v datech napříč okresy před počátkem roku 2013 a v jeho první části, po které vidíme celkovou diskrepanci v datech.

Za čtvrté, pro první dva stupně závislosti rovněž vidíme rozdíl ve výdajích na hlavu pro muže a ženy, kde muži jsou nákladnější v porovnání se ženami, zatímco pro vyšší stupně závislosti tento rozdíl není patrný.

Pro projekci nákladů tak můžeme učinit závěr, že každý stupeň postižení bude mít v čase odlišné chování, které se navíc bude lišit podle pohlaví.

Závěrem této části analýzy můžeme proto konstatovat, že data ukazují, že kromě výše zmíněné problematického roku 2013, jsou si jednotlivé kraje ve výdajích na hlavu relativně velmi podobné. Fixní výše je způsobena výší PnP stanovenou zákonem. Možné odchylky mohou být způsobeny různou věkovou strukturou příjemců PnP v jednotlivých stupních závislosti, případně délkou výplaty v letech. Dále pak pozorujeme, že dochází ke snižování variance napříč kraji a zjevné cenové konvergenci, kterou bychom očekávali u efektivně fungujících trhů¹⁶⁸.

¹⁶⁷ Více k využití tohoto typu statistických metod selekce a to hned v několika vědeckých disciplínách poskytuje Cook (2008)

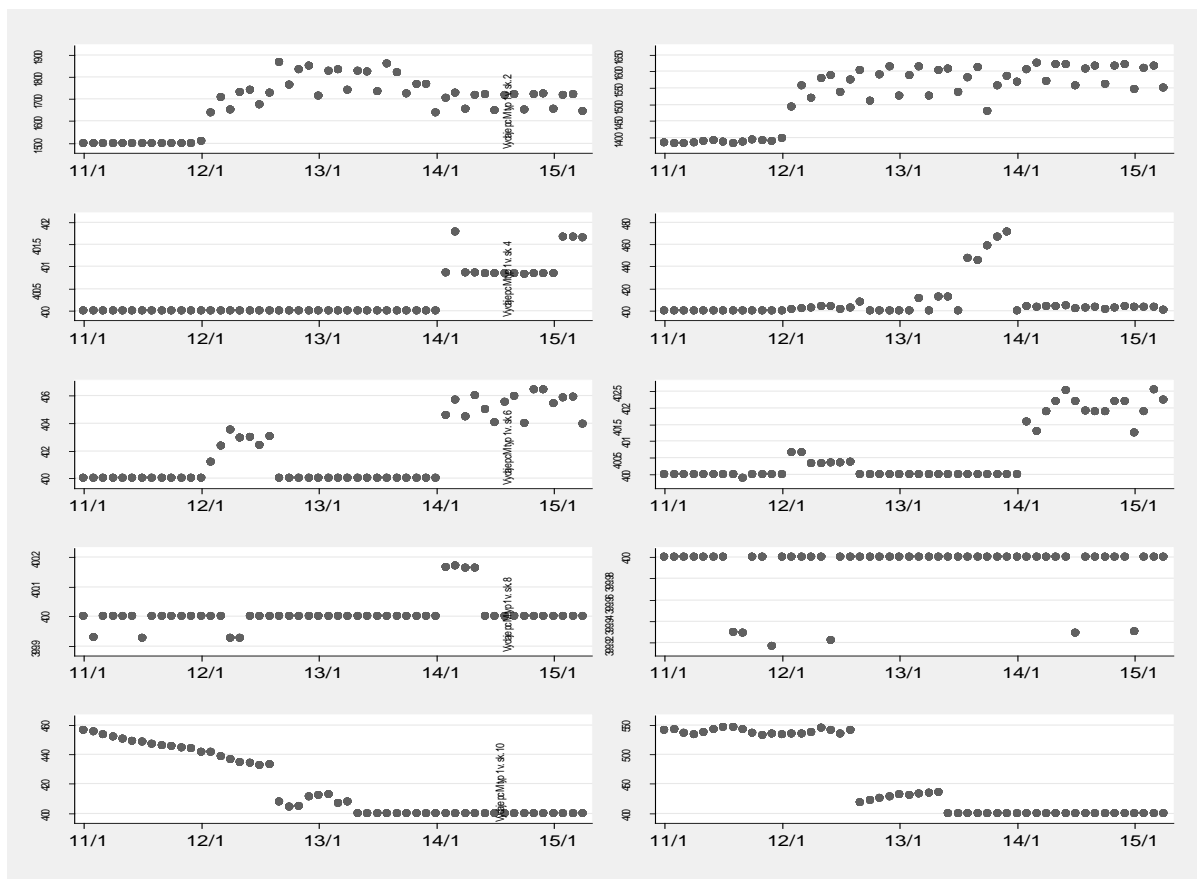
¹⁶⁸ Na toto téma více viz. např. Denzin a Lincoln (1994)

Věkové skupiny

V této části se zaměříme na vývoj výdajů podle věkových skupin. Z důvodů dostatečné statistiky budeme data agregovat přes kraje. Vytvoříme skupiny věkového rozhraní 0-9, 10-19, ..., 90+, tj. celkem deset věkových skupin. Pro každou pak prezentujeme výsledky zvláště pro muže, ženy a stupně závislosti¹⁶⁹.

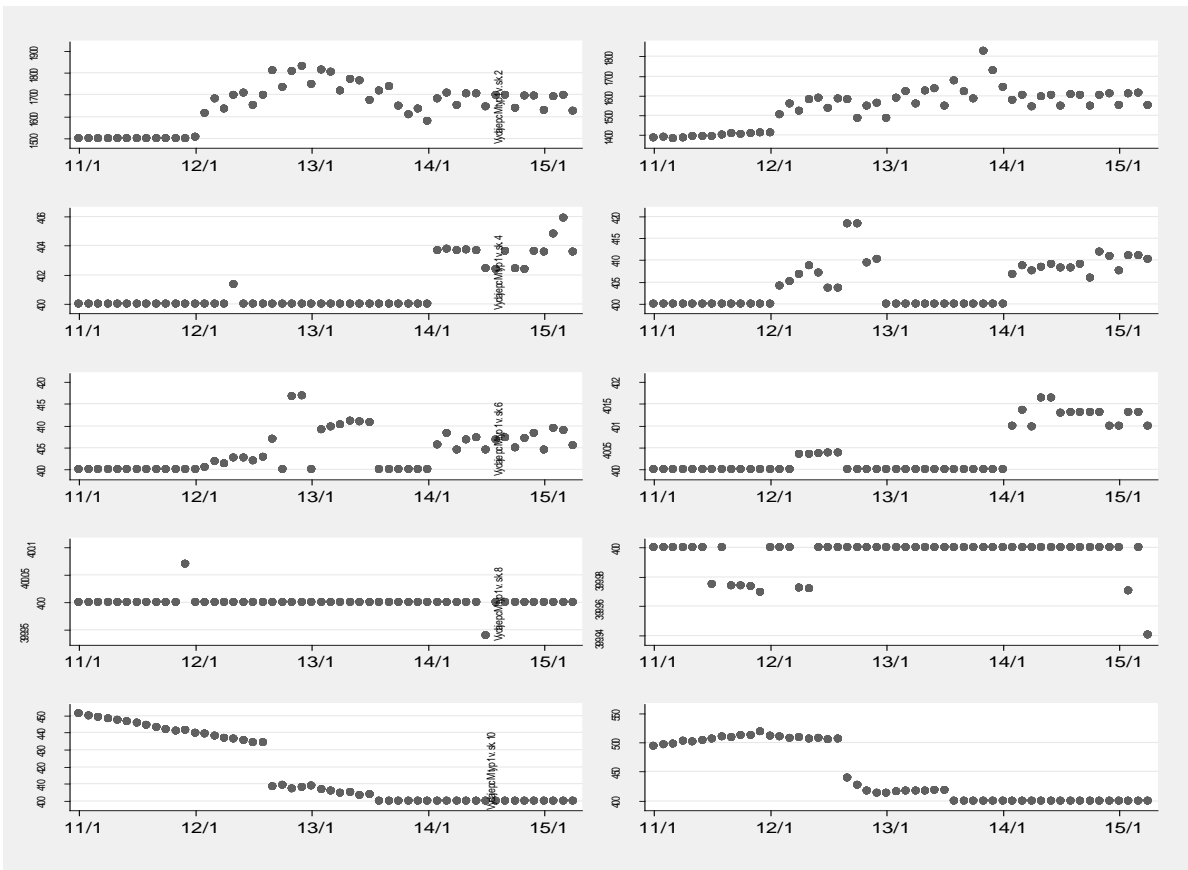
Pro úplnost je třeba zmínit, že prezentované grafy nemají za cíl sdělit čtenáři, jaký je konkrétní údaj pro daný měsíc, ale pro zhodnocení a objasnění kvalitativního aspektu poskytnutých časových řad. Odstraníme-li toto období, vidíme zde náznaky trendů, přičemž zde není jednoznačný trend směrem nahoru či dolů pro všechny sledované stupně. Zde tedy data naznačují možnost sledovat trend v závislosti počtu závislých osob v čase. Bohužel ale grafy ukazují, že zde existuje možnost změny trendu před a po problematickém období roku 2013. Tato změna může být způsobena i technickou změnou systému. Na druhou stranu odhad trendu jen v období po napravení systematické chyby je příliš krátký, zatížený možnou sezónností, a to jak napříč kalendářním rokem, tak napříč ekonomickým cyklem.

Panel 05: Muži, stupeň závislosti 1

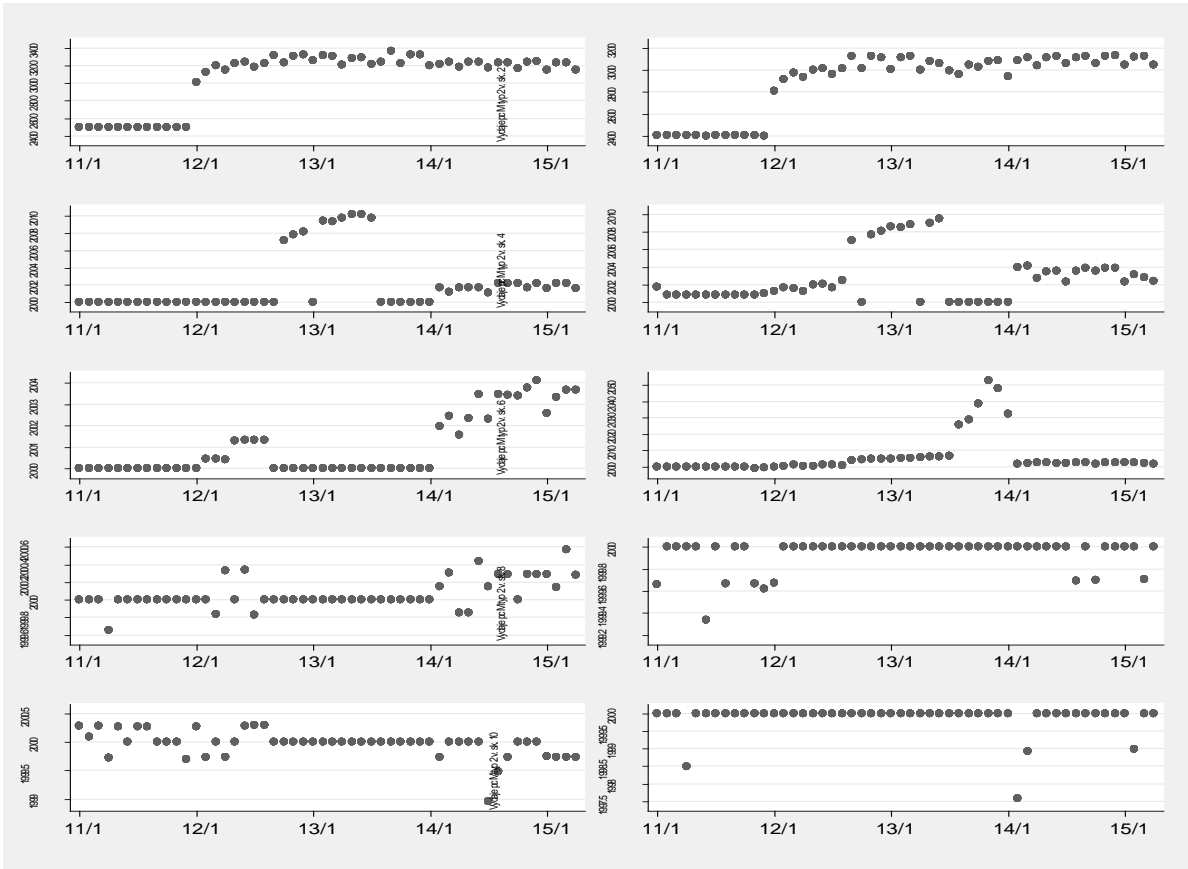


¹⁶⁹ Při demografických prognózách využíváme Burcin a Kucera (2010)

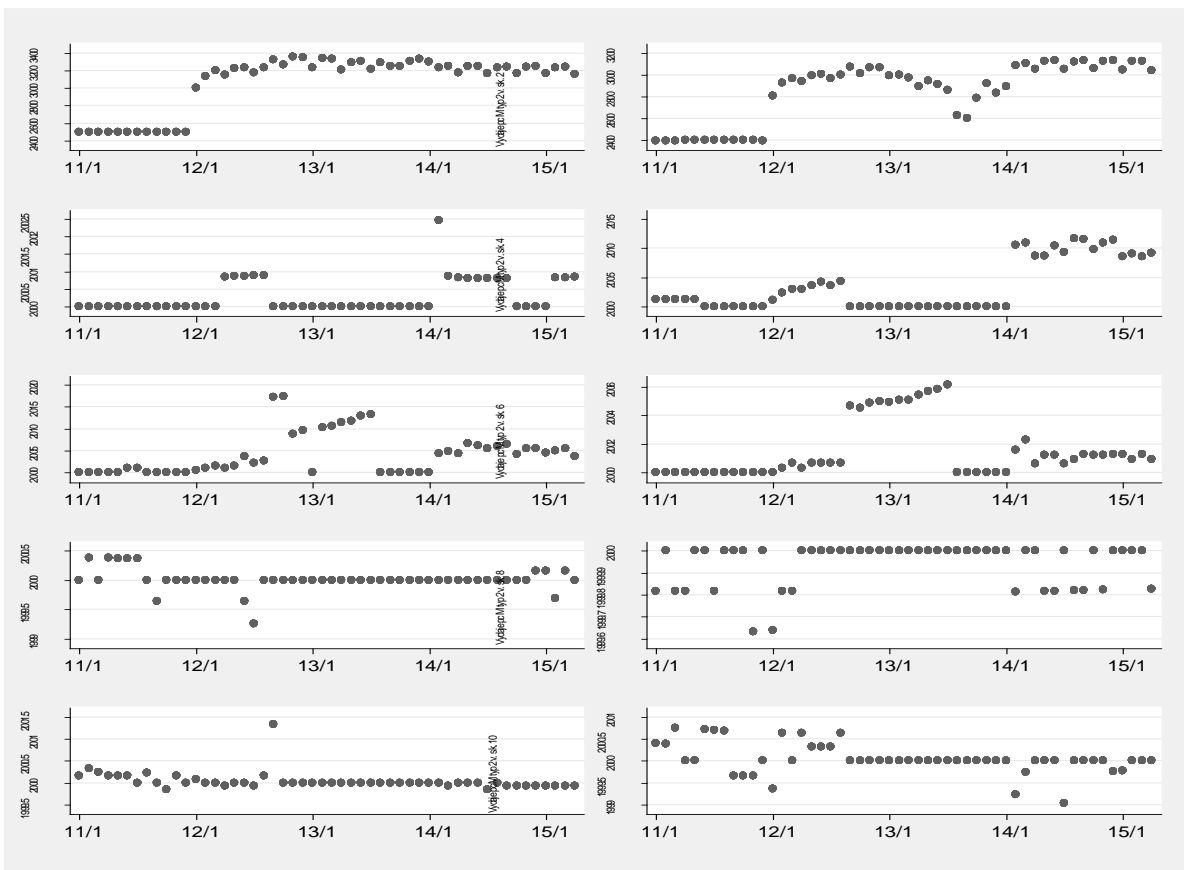
Panel 06: Ženy, stupeň závislosti 1



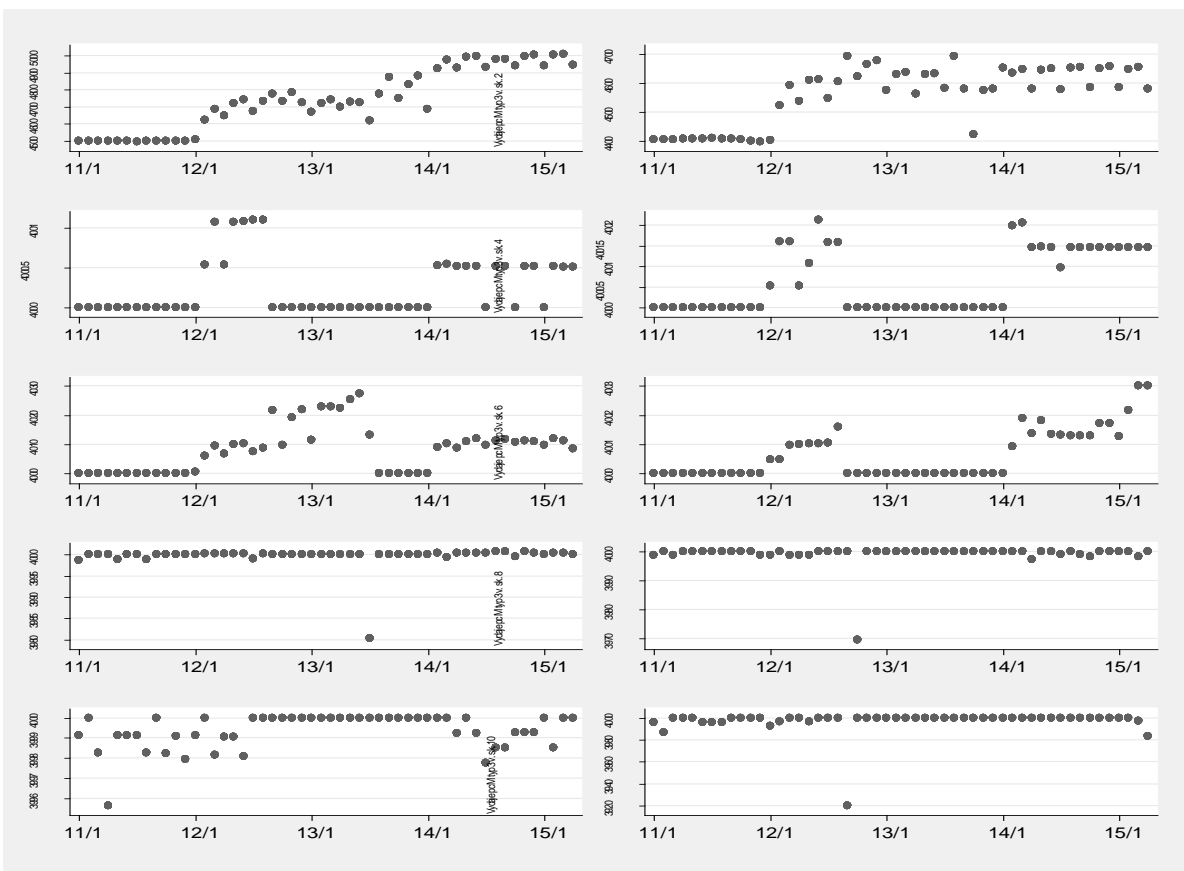
Panel 07: Muži, stupeň závislosti 2



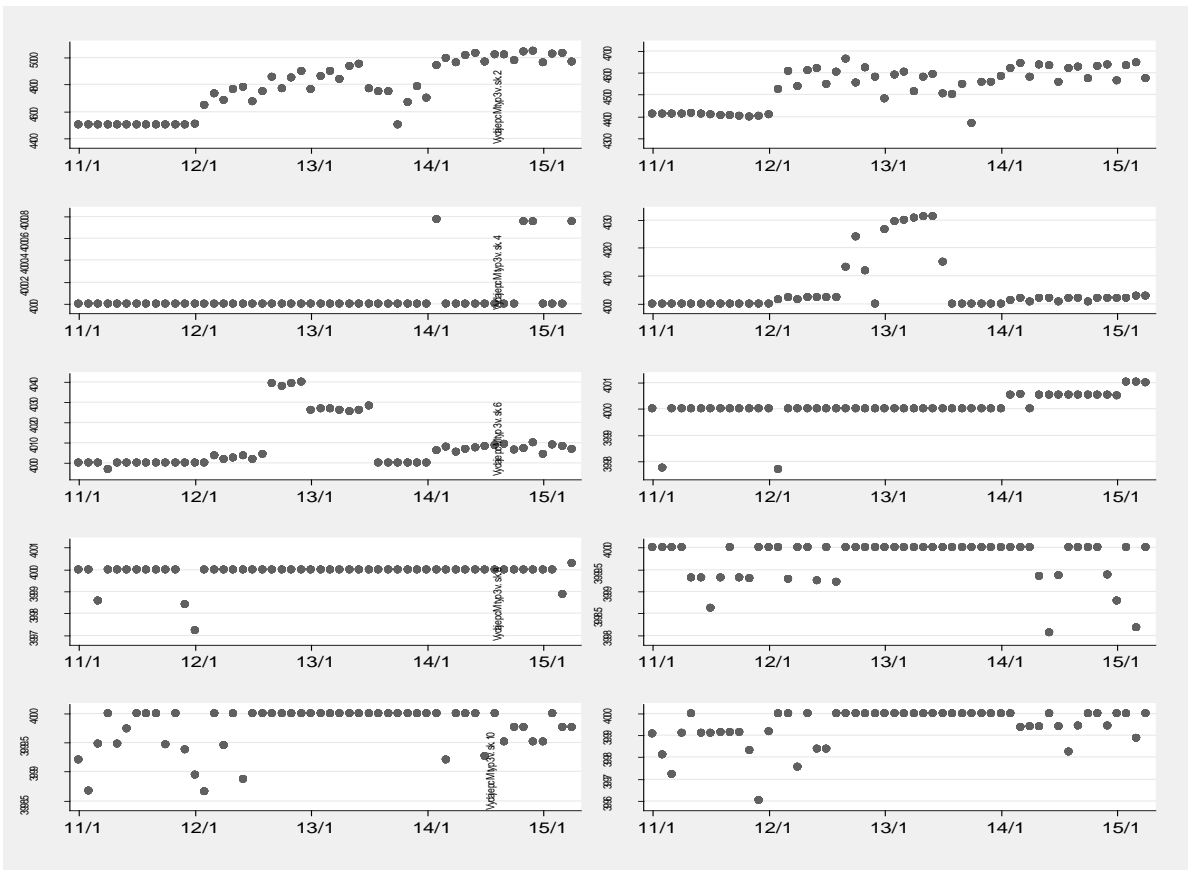
Panel 08: Ženy, stupeň závislosti 2



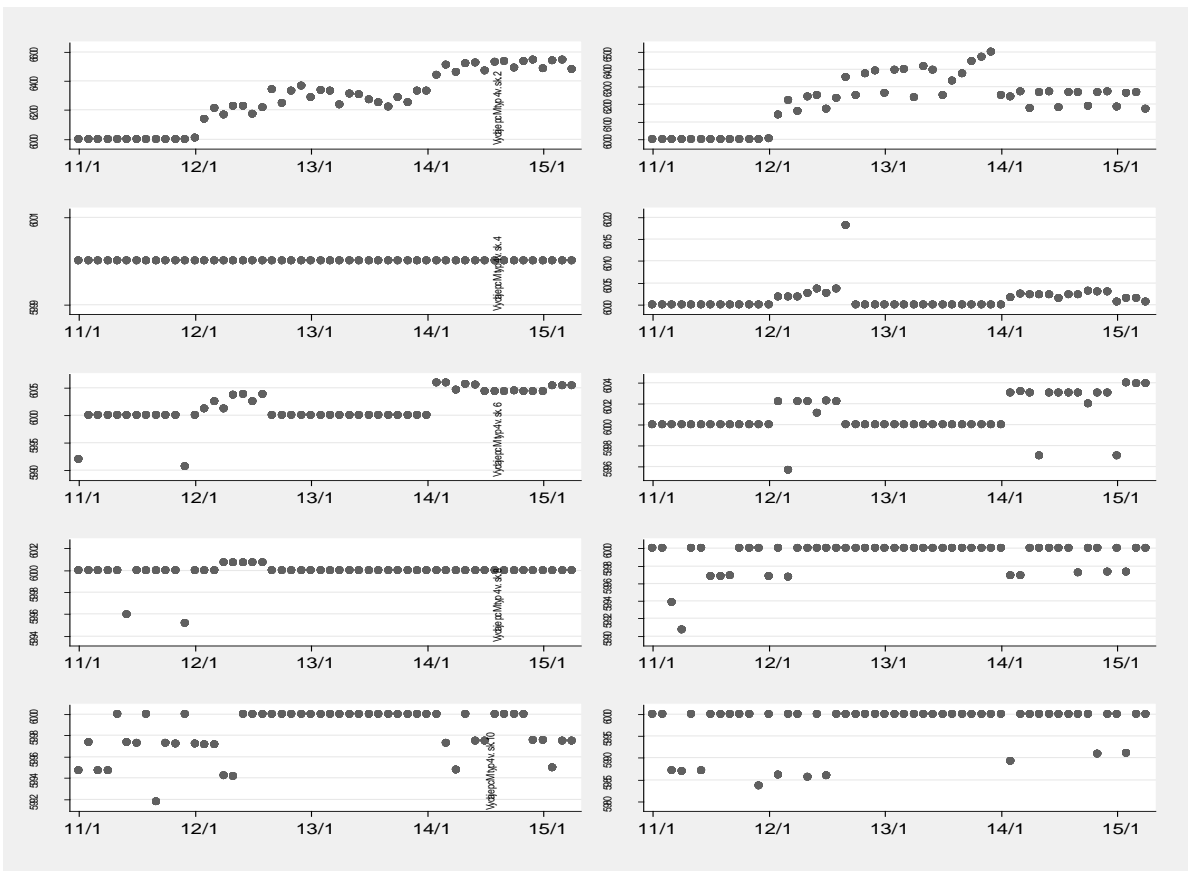
Panel 09: Muži, stupeň závislosti 3



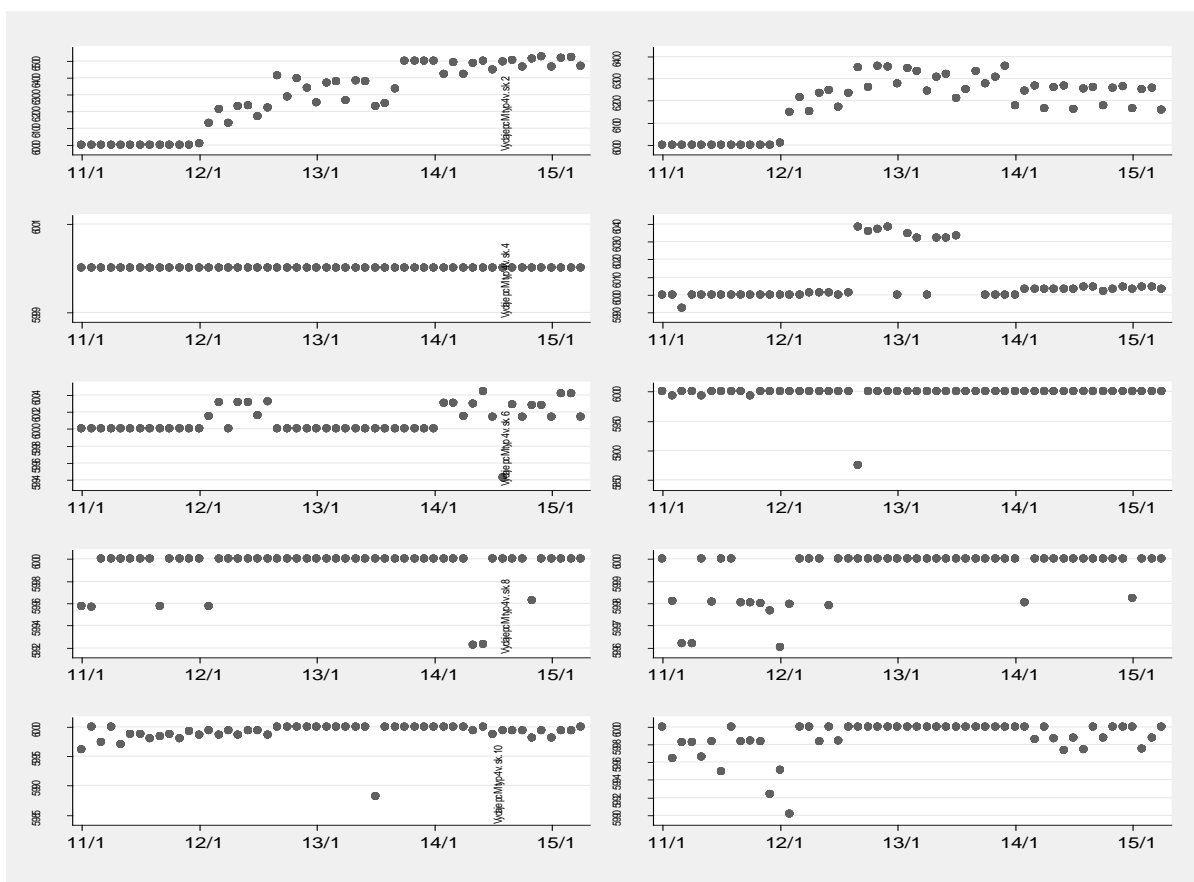
Panel 10: Muži, stupeň závislosti 3



Panel 11: Muži, stupeň závislosti 4



Panel 12: Muži, stupeň závislosti 4



Výsledky skupiny osmi výše prezentovaných panelů dat bychom mohli shrnout následujícím způsobem. Předně, data naznačují strukturální zlomy v čase, které nejsou způsobeny jen výše zmíněnou chybou ve sběru dat, ale v některých případech se vyskytují drobné, ale statisticky významné zlomy a posuny, které nelze snadno odůvodnit. Z tohoto důvodu můžeme tak říci, že je třeba rozlišovat data v jednotlivých skupinách, ale časový vývoj nám současná datová infrastruktura neumožňuje na velmi velké úrovni přesnosti sledovat, tj. odhadnout trend z posbíraných dat.

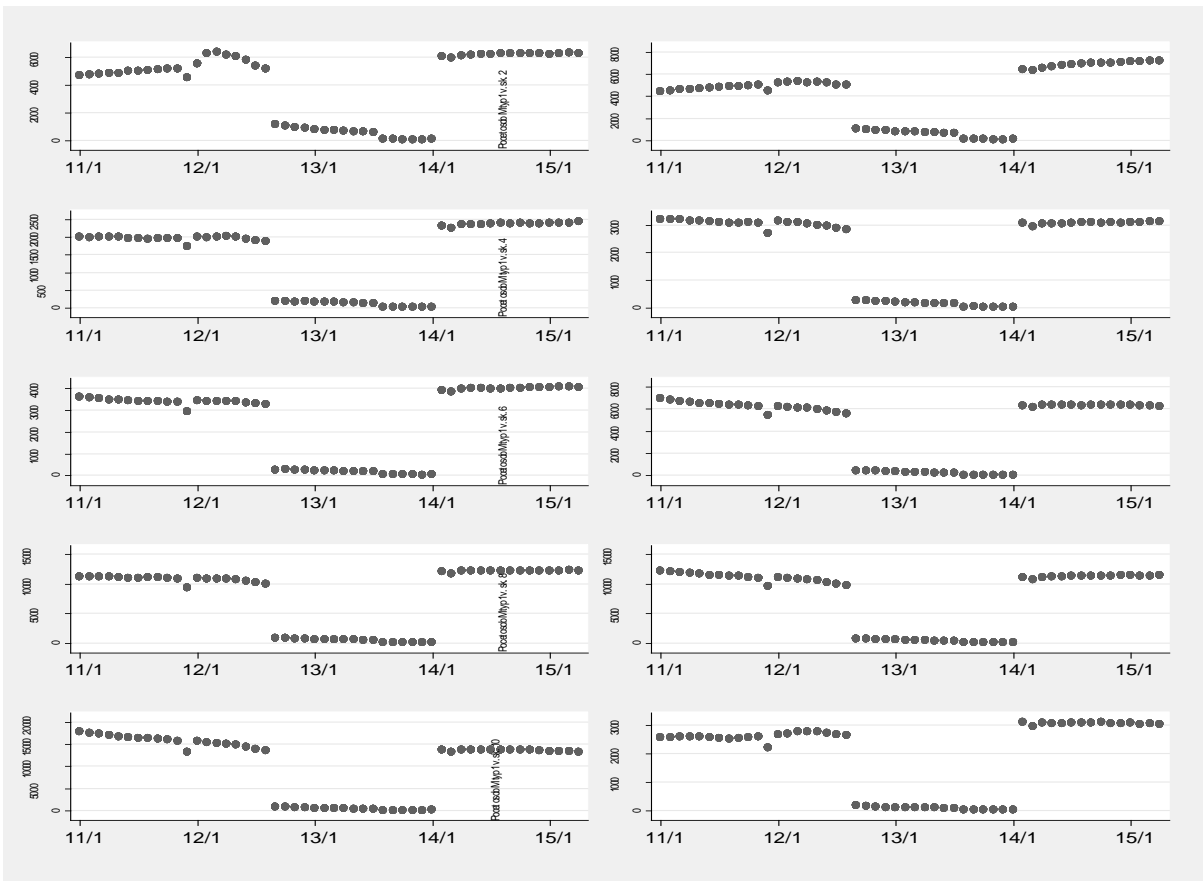
Současná data také ukazují, že vhodný způsob metodiky projekce vývoje výdajů je využít průměrný měsíční náklad na hlavu pro danou skupinu za poslední konzistentní období, tj. po nápravě výpadku systému v roce 2013. Prezentované panely ukazují, že většina časových řad nevykazuje výrazné statistické trendy¹⁷⁰. Pokud zde nějaký trend je, pak je zde právě kvůli nekonzistentnostem v datech velká šance modelové chyby, tj. odhadnutý trend by mohl být zatížený systematickou chybou.

V další části se zaměříme na počty osob, které pomoc přijímají, přičemž se nejprve zaměříme na celkový počet osob. V tomto porovnání není smysluplné porovnávat jednotlivé kraje, proto údaj agregujeme a sledujeme celkový počet závislých osob po skupinách. Prezentujeme výsledky pro deset věkových skupin použitých výše v souladu s metodikou ČSÚ.

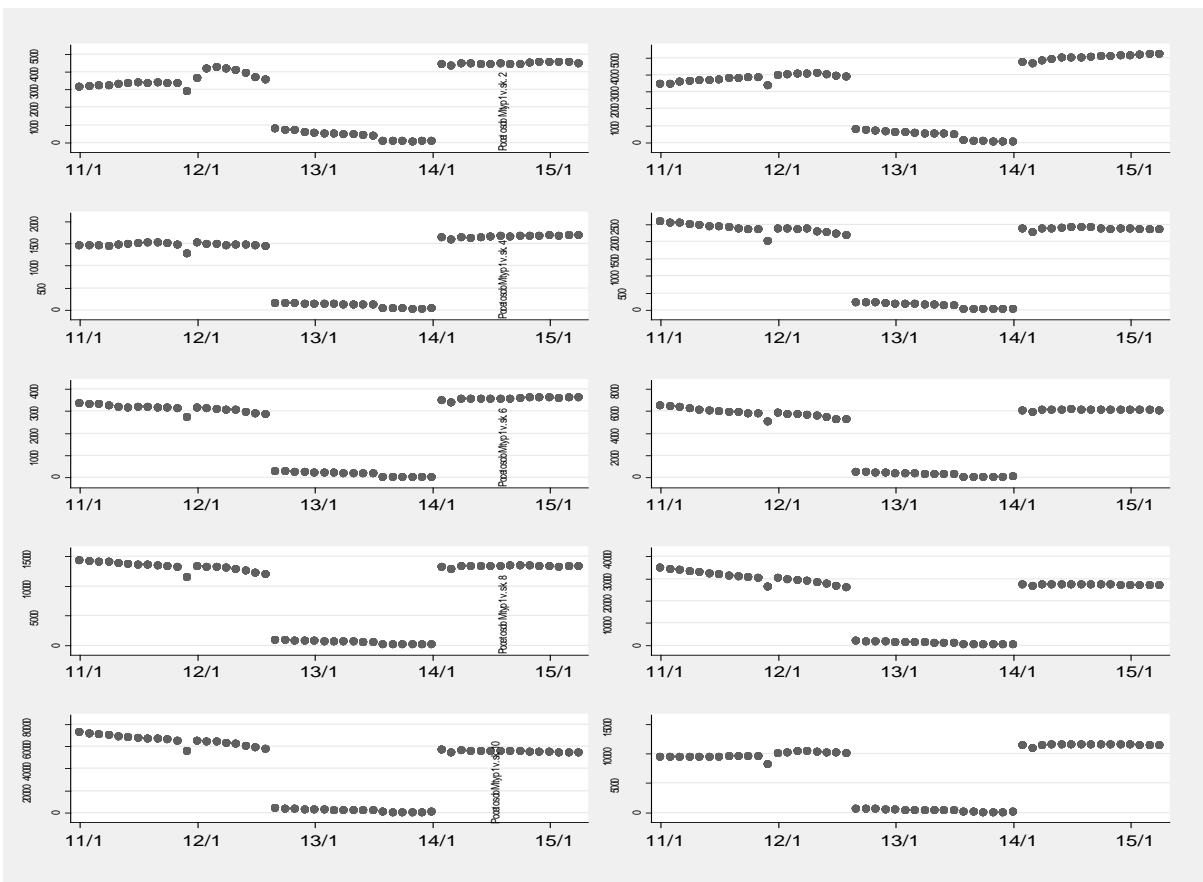
Panely časových řad ukazují několik specifik analyzovaných dat. Předně, snížené počty registrovaných příjemců ukazují problém ve sběru dat začínající v druhé polovině roku 2012.

¹⁷⁰ Více viz. např. Cameron a Trivedi (2005)

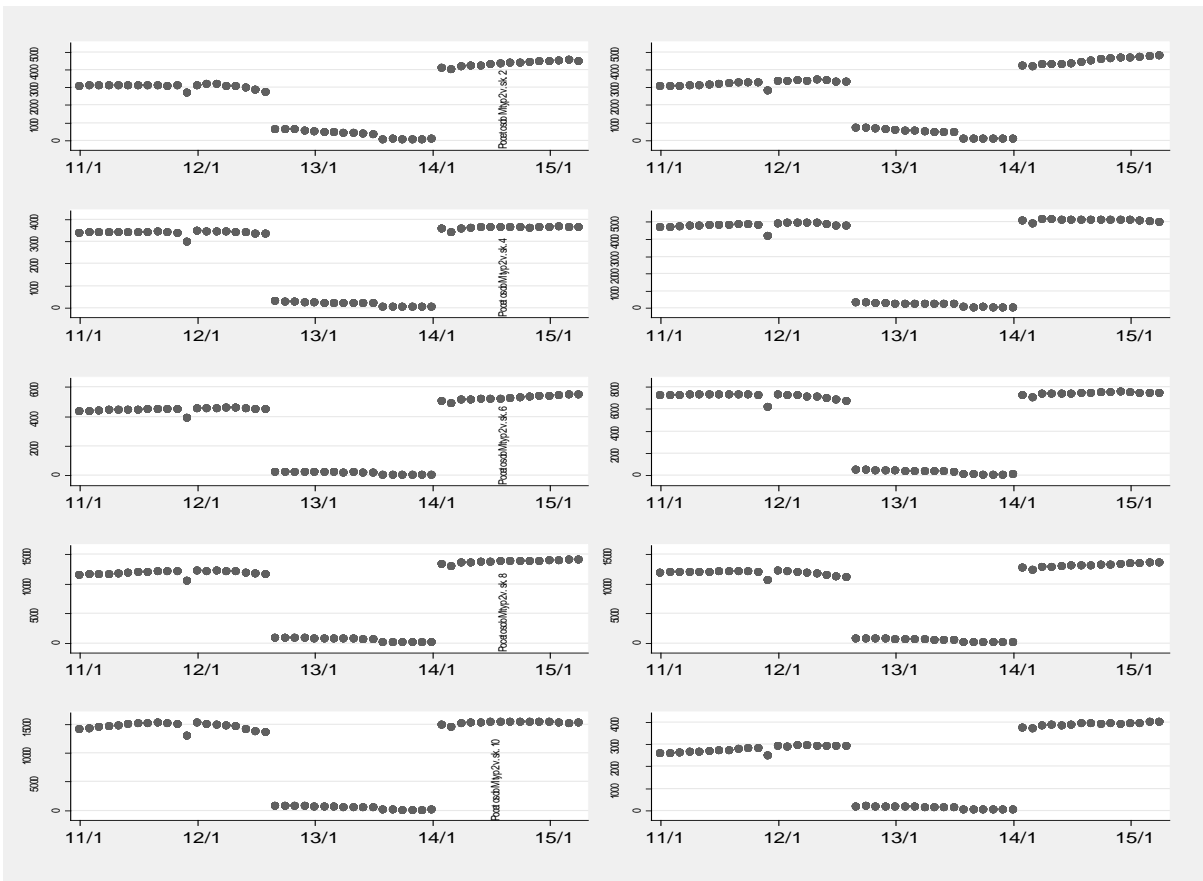
Panel 13: Muži, stupeň závislosti 1, věkové kategorie



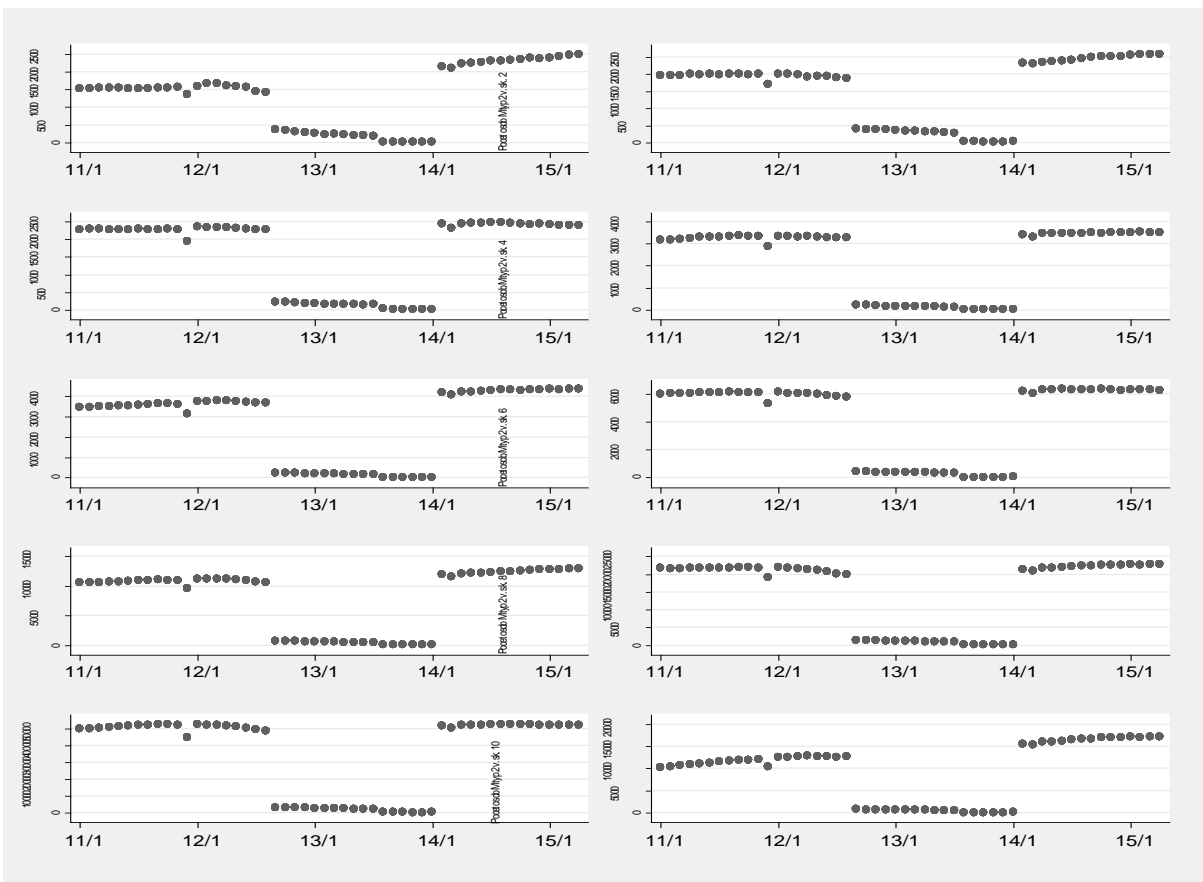
Panel 14: Ženy, stupeň závislosti 1, věkové kategorie



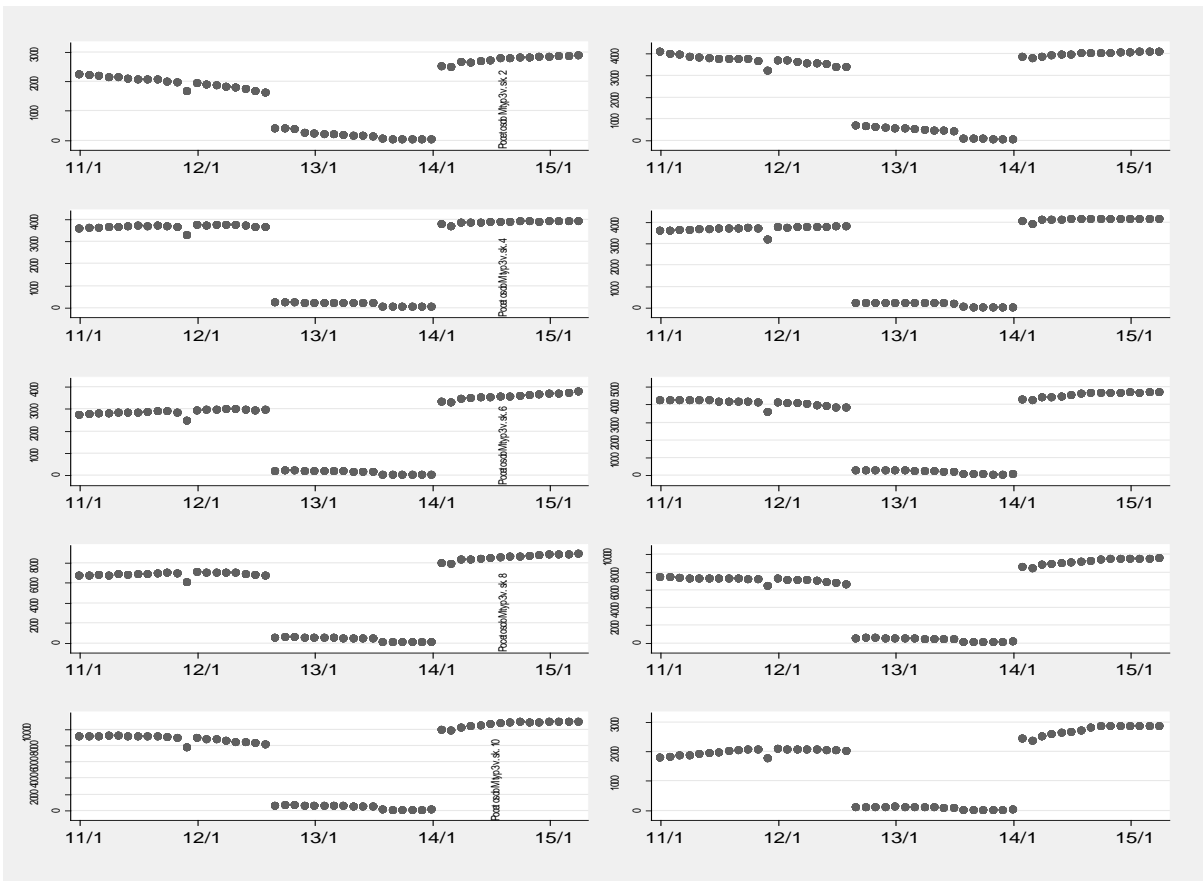
Panel 15: Muži, stupeň závislosti 2, věkové kategorie



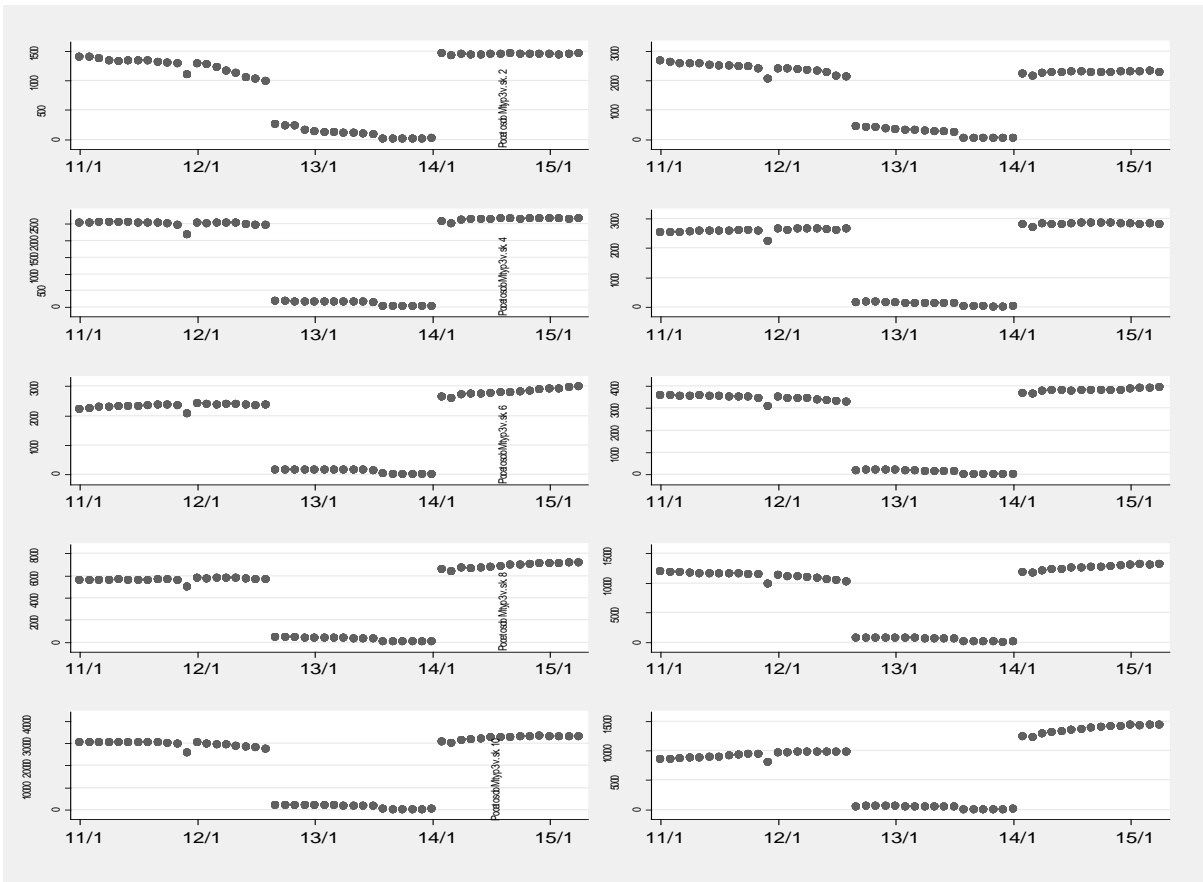
Panel 16: Ženy, stupeň závislosti 2, věkové kategorie



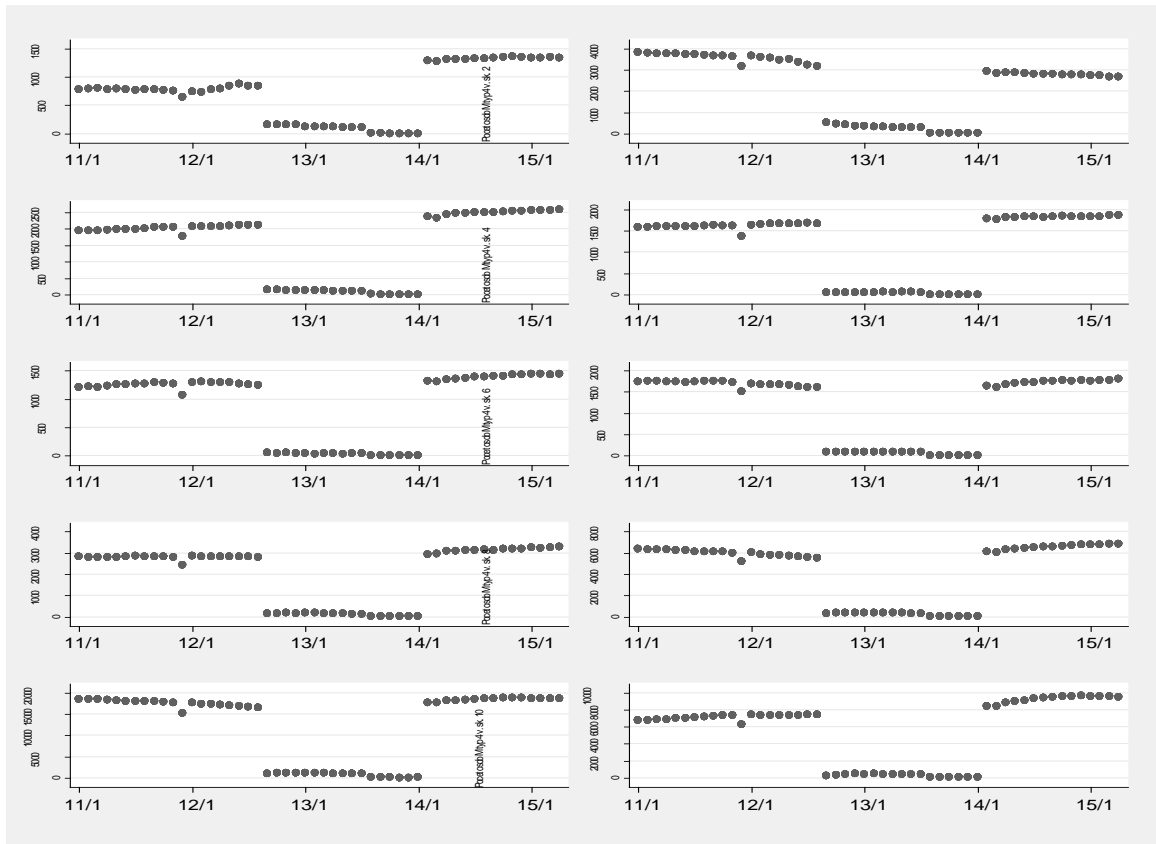
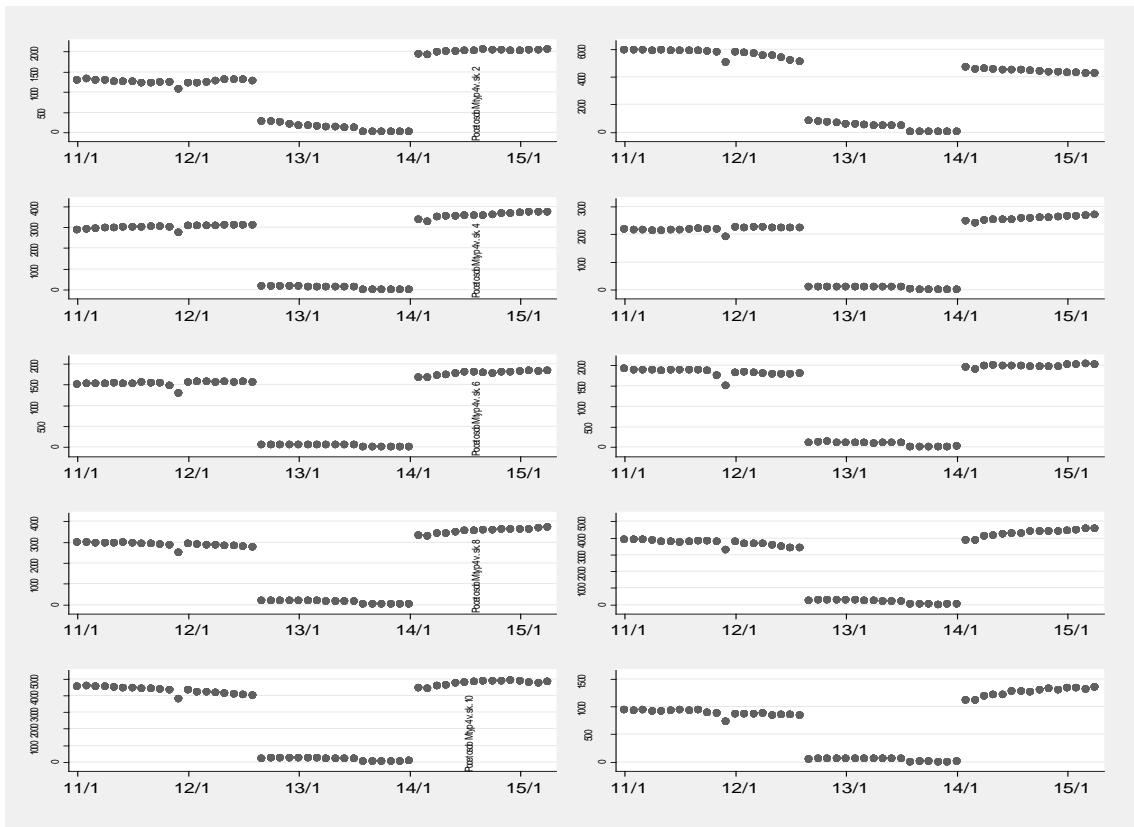
Panel 17: Muži, stupeň závislosti 3, věkové kategorie



Panel 18: Ženy, stupeň závislosti 3, věkové kategorie



Panel 19: Muži, stupeň závislosti 4, věkové kategorie



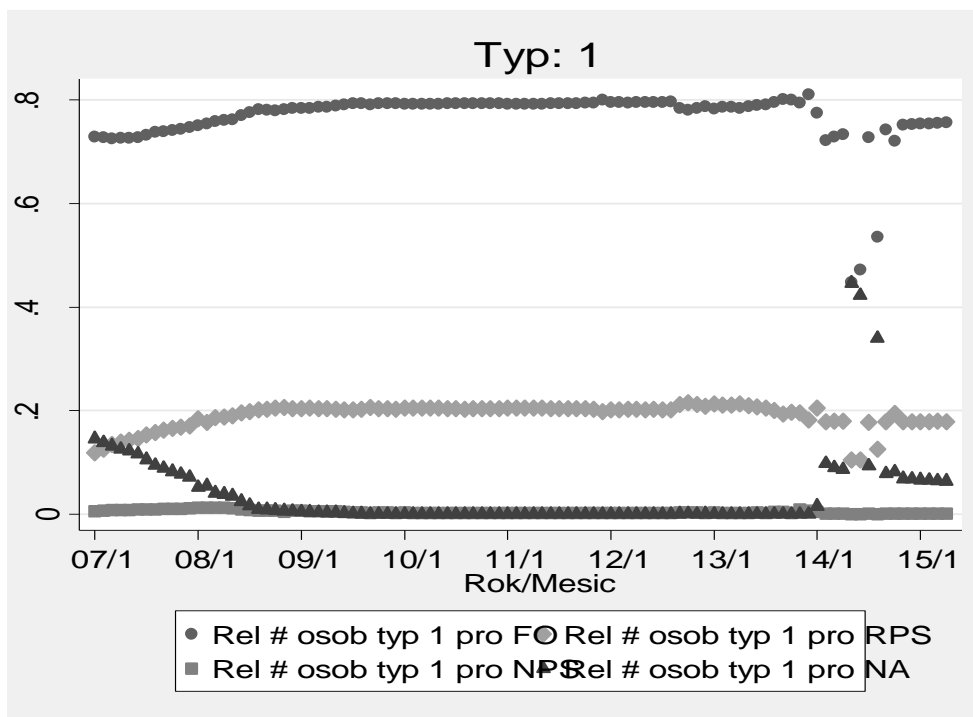
Panel 20: Ženy, stupeň závislosti 4, věkové kategorie

Výdaje a počty osob po skupinách příjemců

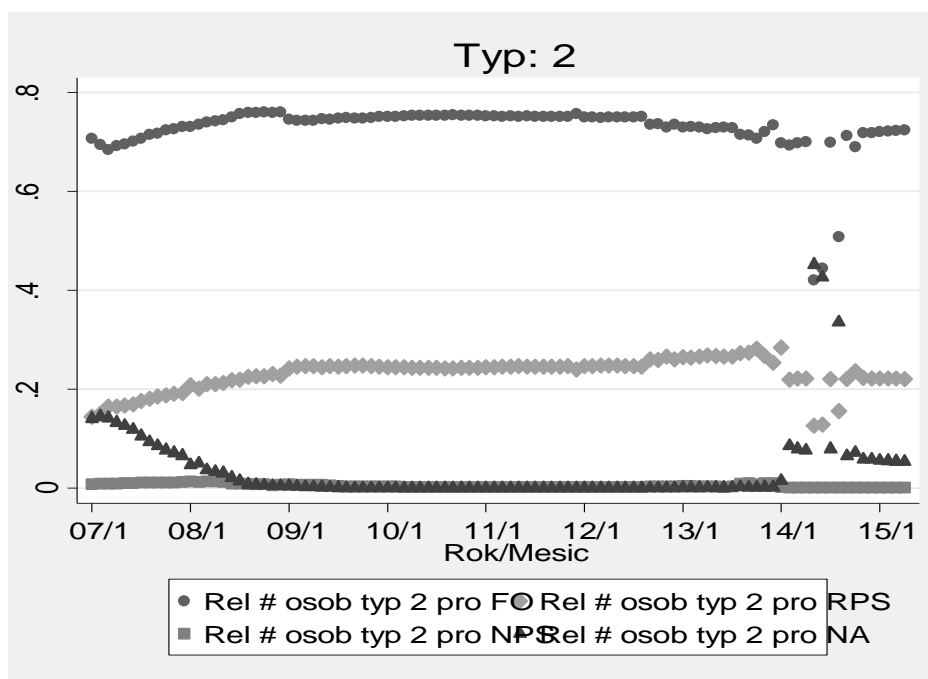
V této části použijeme jiný dataset než výše a zaměříme se na výdaje na osobu po jednotlivých skupinách příjemců. Data obsahují celkově čtyři typy: fyzické osoby (FO), registrovaný poskytovatel sociálních služeb (RPS), neregistrovaný poskytovatel sociálních služeb (NPS) a neuvedeno (NA). Tato data nejsou dostupná pro jednotlivá pohlaví, jsou ale dostupná od roku 2007. Můžeme tak sledovat, jak se mění vývoj závislých osob.

Tento dataset je navíc problematický v tom, že zde občas chybí identifikace okresu, tj. někdy jsou dostupné údaje pro všechny okresy, někdy ne. Z tohoto důvodu se budeme zaměřovat na relativní rozložení výdajů do jednotlivých skupin bez celkových agregátních čísel. Zde dále předpokládáme, že chybějící okresy se nijak systematicky nevybočují od okresů přítomných ve vzorku. Počet chybějících okresů jde až k 10 procentům, proto tento fakt nelze jednoduše zanedbat.

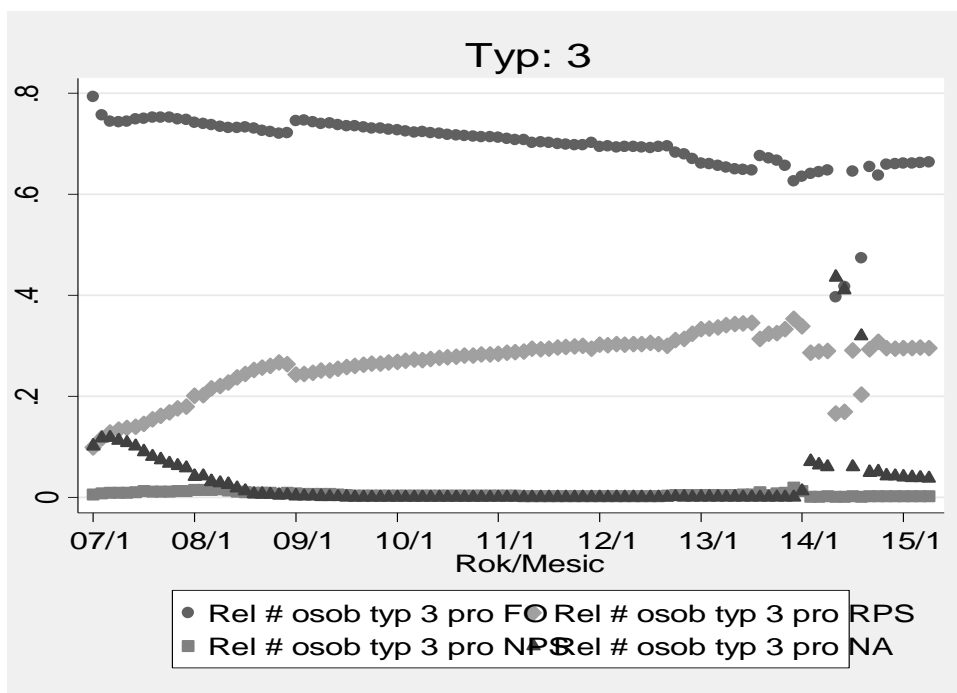
Panel 21: Stupeň závislosti 1, kategorie příjemců



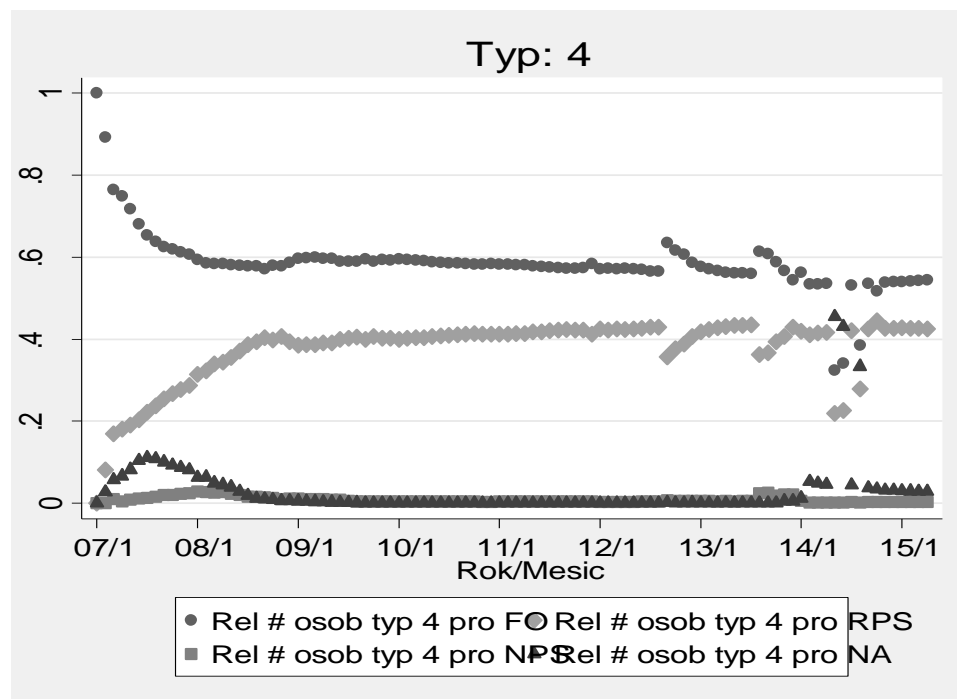
Panel 22: Stupeň závislosti 2, kategorie příjemců



Panel 23: Stupeň závislosti 3, kategorie příjemců



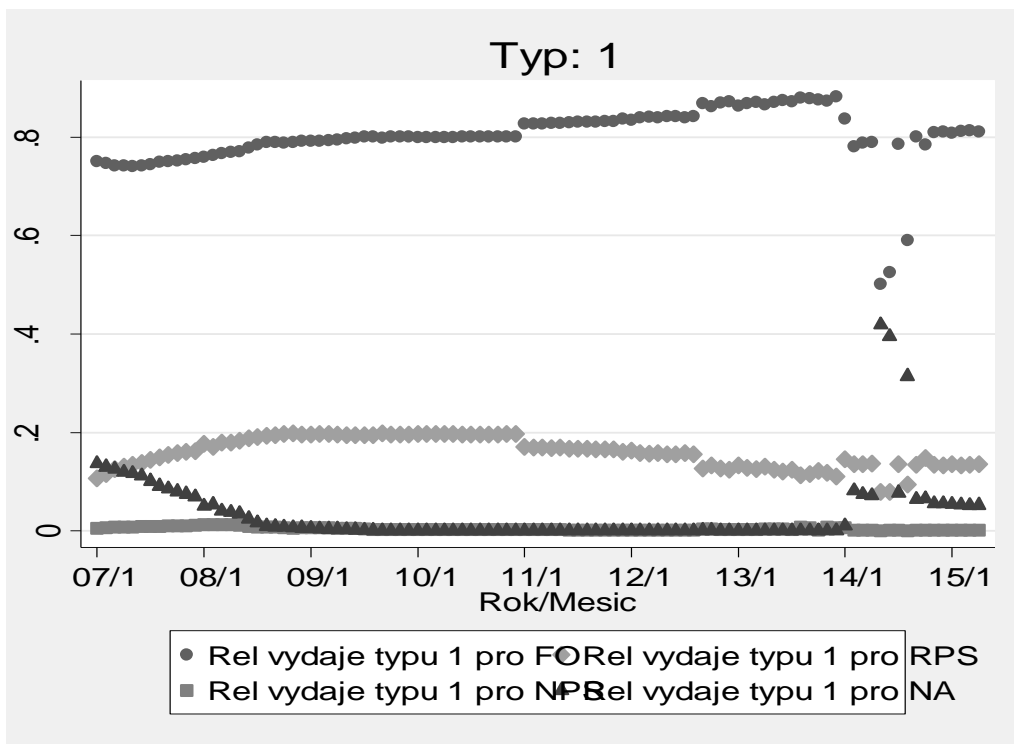
Panel 24: Stupeň závislosti 4, kategorie příjemců



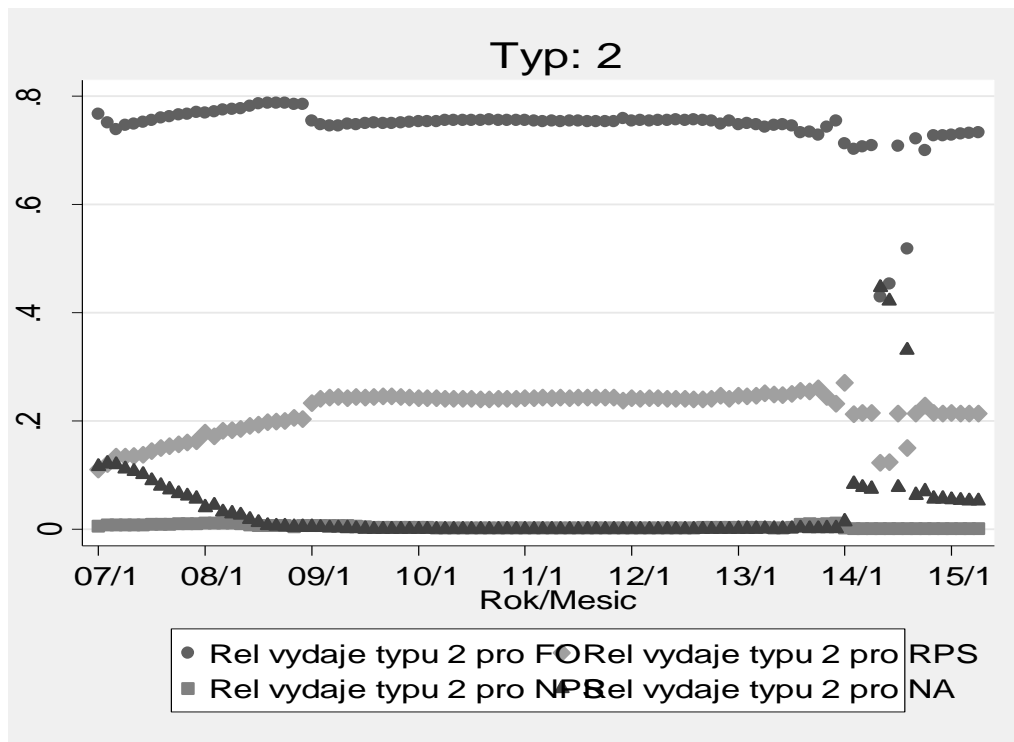
Data jednoznačně ukazují, že od změny systému evidence v druhé polovině 2012 se začala výrazně měnit struktura příjemců výdajů. Zde je otázka, nakolik se jedná o systémový rys a nakolik jde o pozůstatek změny evidování. V předchozí části v nákladech jsme neviděli žádný faktický vývoj. Obecně pak můžeme říci, že co se týče fyzických osob, které zjevně odpovídají péči osob blízkých, rodinných příslušníků apod., průběh má konstantní trend. Od tohoto trend pozorujeme skoky, které mají tendenci se vracet. Tyto výkyvy jsou tak dočasné. Obecně můžeme říci, že nepozorujeme systémovou změnu poskytovatelů péče na hlavu. Jednotlivé stupně závislosti ale vykazují různé hodnoty. Vedle toho vidíme, že FO mají tendenci pečovat o osoby s nižším stupněm závislosti, což je poměrně logické zjištění vzhledem k relativní náročnosti péče o osobu s vyšším stupněm závislosti.

Nyní se podívejme na výdaje:

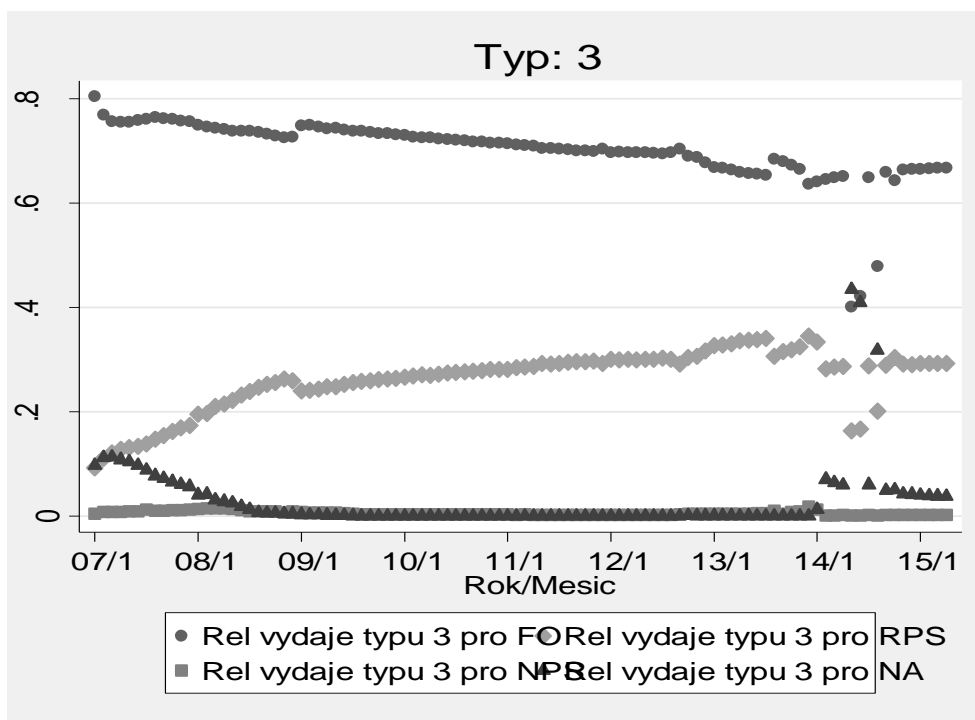
Panel 25: Stupeň závislosti 1, relativní výdaje pro kategorie pečovatелů



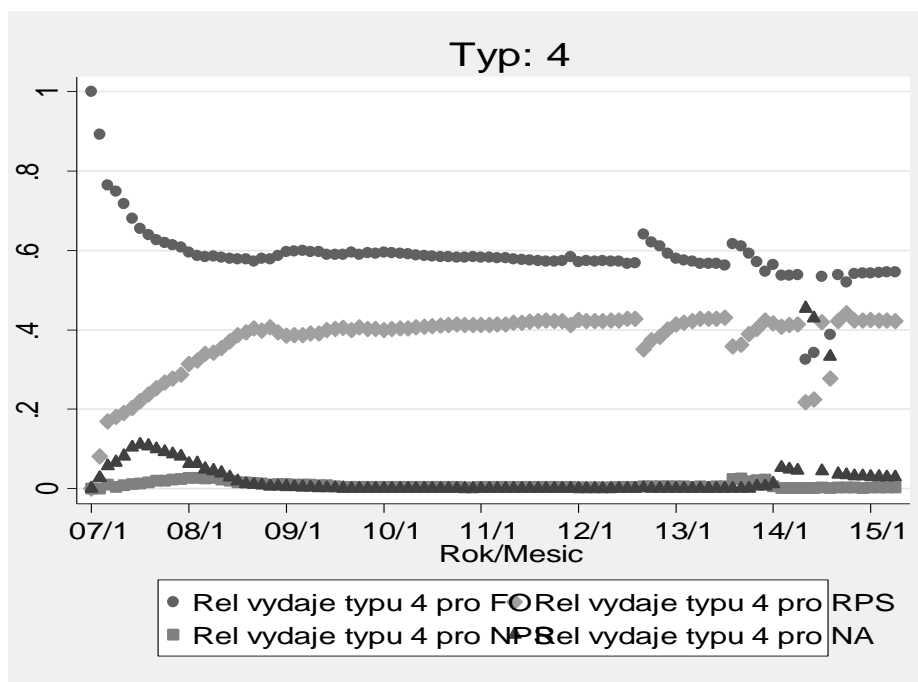
Panel 26: Stupeň závislosti 2, relativní výdaje pro kategorie pečovatелů



Panel 27: Stupeň závislosti 3, relativní výdaje pro kategorie pečovatelů



Panel 28: Stupeň závislosti 4, relativní výdaje pro kategorie pečovatelů



Relativní výdaje po jednotlivé stupně závislosti a skupiny poskytovatelů kopírují trendy, které jsme pozorovali v počtech osob. Na první pohled můžeme říci, že dochází ke snižování nákladů péče s vyšším stupněm závislosti, zatímco je mírně vzestupná tendence pro osoby s nižším stupněm závislosti.

Dosavadní analýza dat charakterizovala trendy a rizikové faktory, které v datech pozorujeme. Analýza poskytuje kvalitativní i kvantitativní aspekty současných trendů, které nám umožňují modelovat budoucí vývoj. V následující části budeme proto kvantifikovat současný stav precizněji a podrobněji a zformujeme odhady budoucího chování.

Demografická struktura

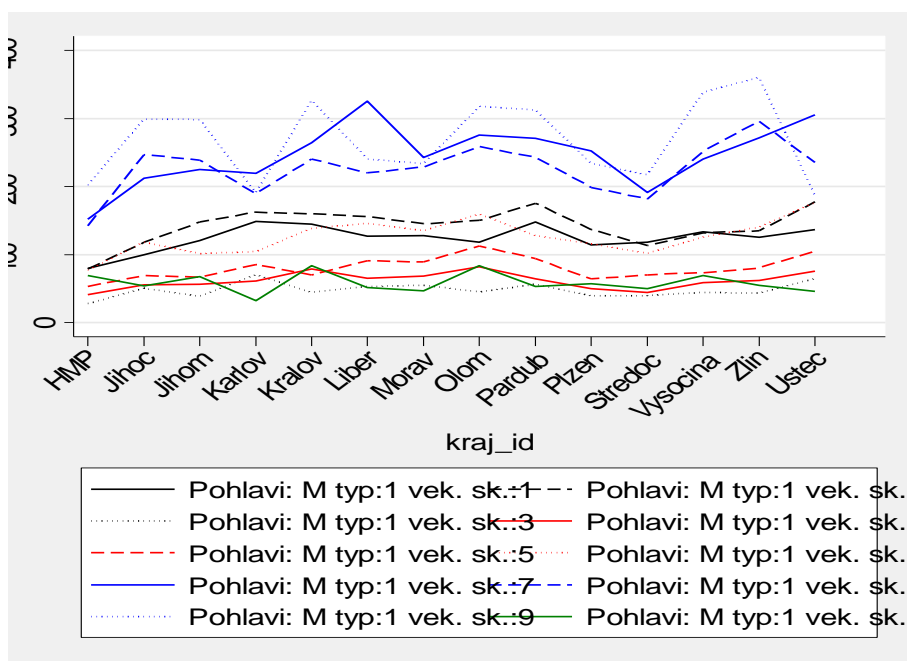
Nejdříve se ale ještě podíváme na výdaje na kraje normalizované na 100 000 obyvatel. Tedy bereme do úvahy fakt, že každý kraj je jinak veliký. V předchozí části jsme už ukázali, že nominální výdaj na hlavu je napříč okresy velmi podobný a má tendenci se k sobě blížit.

Analýzu děláme pro konec roku 2014, pro který bereme počty obyvatel po krajích z oficiálních dokumentů ČSÚ. Následující tabulka udává tyto počty.

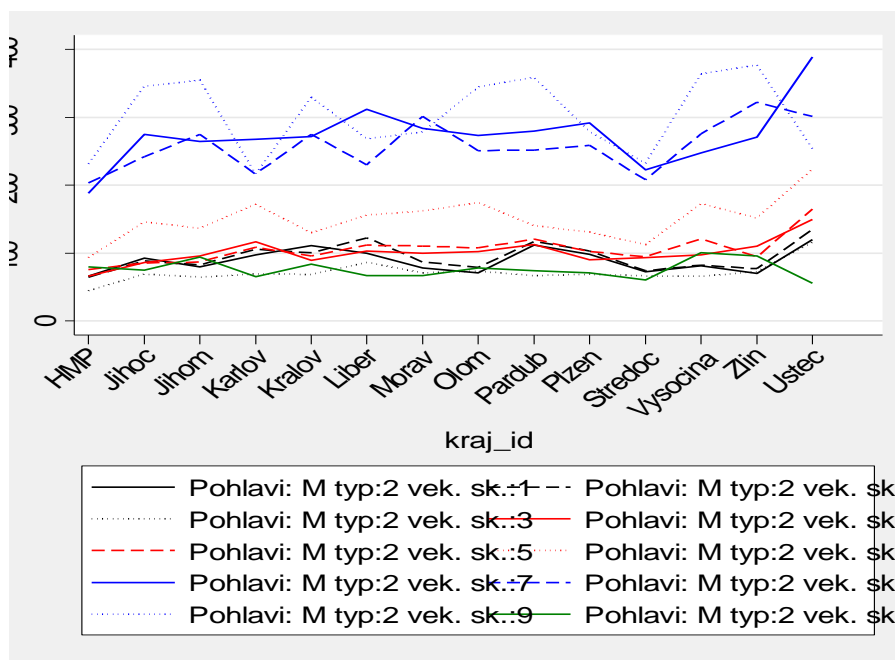
	Počet obyvatel podle pohlaví v krajích		
	Období	31.12.2014	
		celkem	Počet obyvatel muži
Česká republika	10,538,275	5,176,927	5,361,348
Hlavní město Praha	1,259,079	610,376	648,703
Středočeský kraj	1,315,299	649,245	666,054
Jihočeský kraj	637,300	314,047	323,253
Plzeňský kraj	575,123	284,689	290,434
Karlovarský kraj	299,293	147,767	151,526
Ústecký kraj	823,972	408,283	415,689
Liberecký kraj	438,851	215,413	223,438
Královéhradecký kraj	551,590	271,147	280,443
Pardubický kraj	516,372	255,137	261,235
Kraj Vysočina	509,895	253,176	256,719
Jihomoravský kraj	1,172,853	574,178	598,675
Olomoucký kraj	635,711	310,718	324,993
Zlínský kraj	585,261	286,361	298,900
Moravskoslezský kraj	1,217,676	596,390	621,286

Následující panel zobrazení využívá údaje v prosinci 2014 a normalizuje výdaje po krajích na 100 000 obyvatel. Data obsahují kraj „ostatní“, který z analýzy vyloučíme. To může způsobit drobný posun agregátních dat, na kvalitativním závěru to ale nic změnit nemůže.

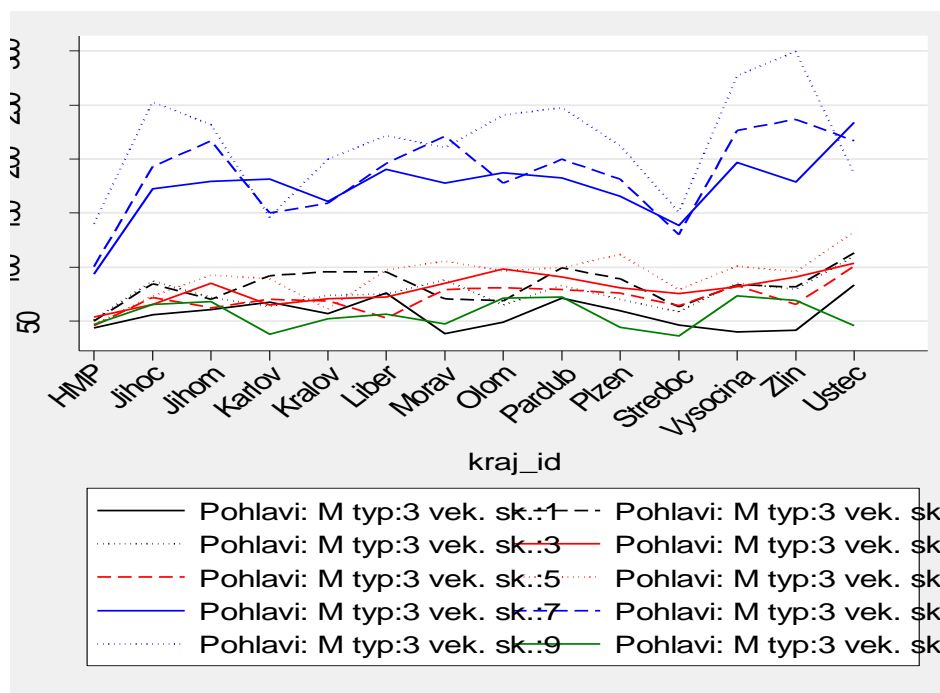
Panel 29: Normalizované výdaje po krajích ČR (na 100 000 obyvatel), muži a věkové intervaly. Stupeň závislosti 1



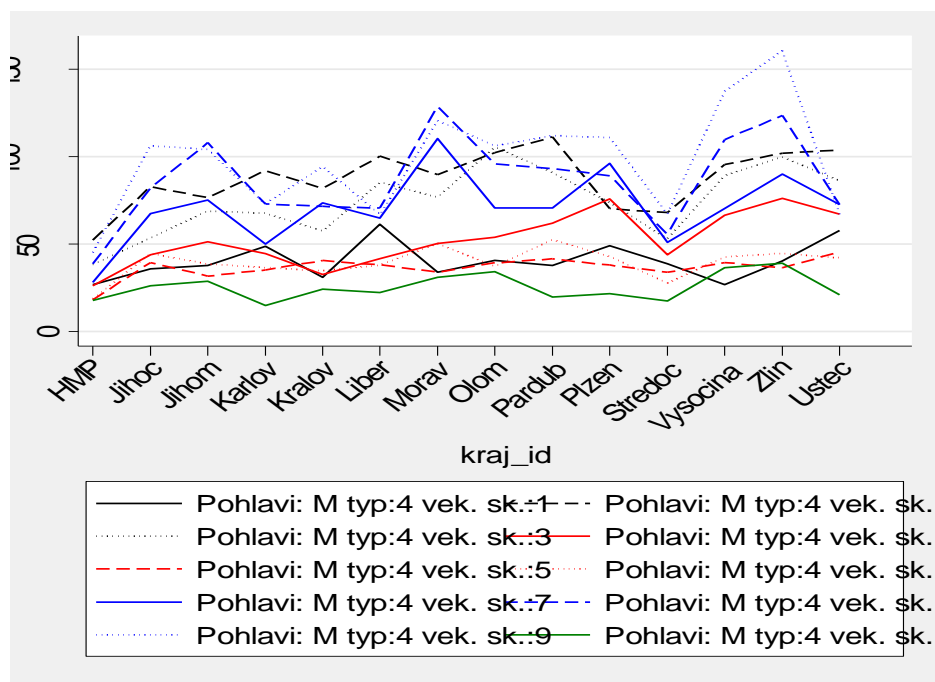
Panel 30: Normalizované výdaje po krajích ČR (na 100 000 obyvatel), muži a věkové intervaly. Stupeň závislosti 2



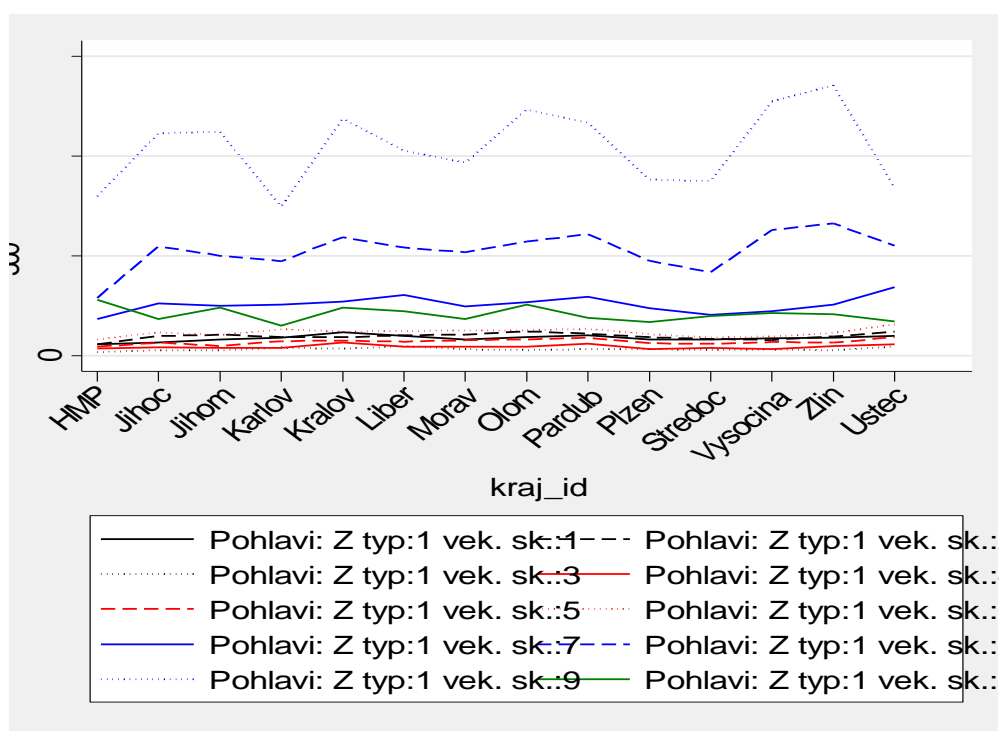
Panel 31: Normalizované výdaje po krajích ČR (na 100 000 obyvatel), muži a věkové intervaly. Stupeň závislosti 3



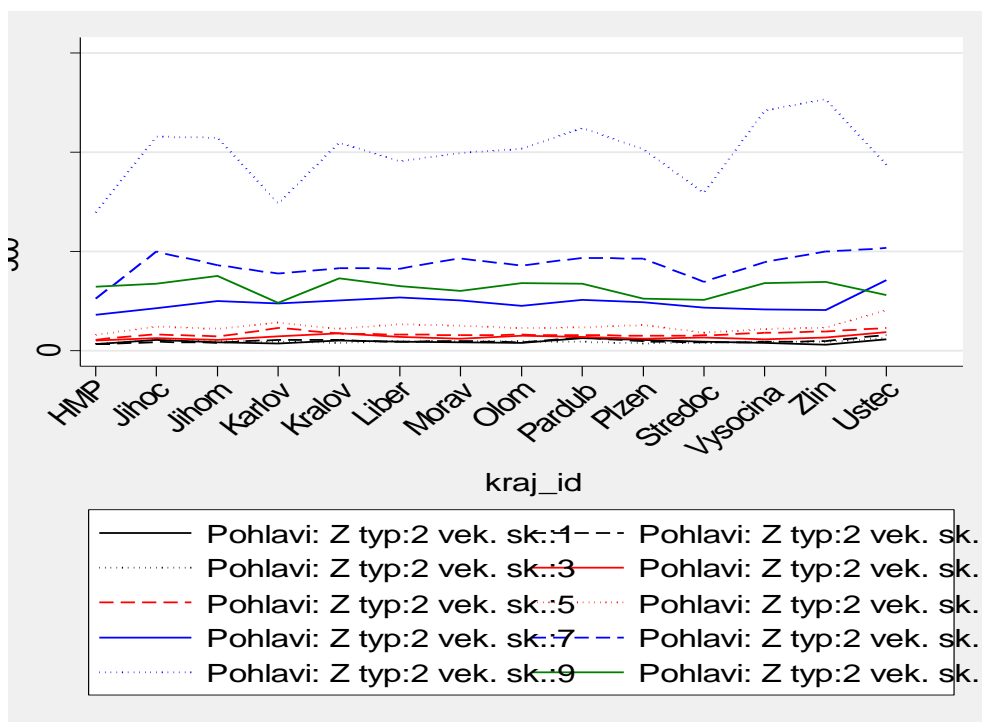
Panel 31: Normalizované výdaje po krajích ČR (na 100 000 obyvatel), muži a věkové intervaly. Stupeň závislosti 4



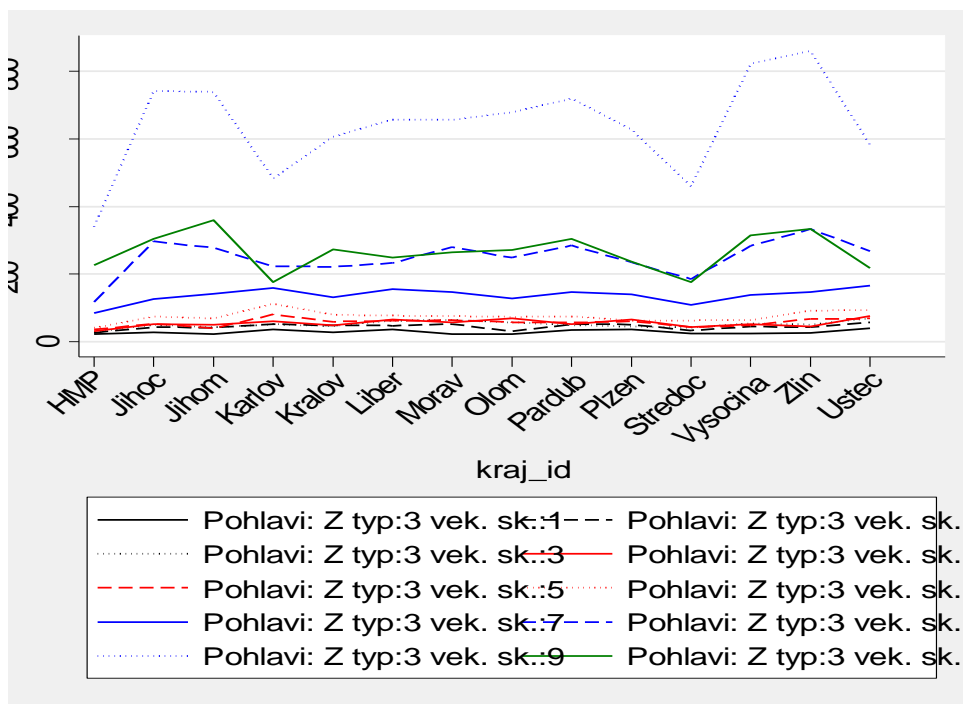
Panel 32: Normalizované výdaje po krajích ČR (na 100 000 obyvatel), ženy a věkové intervaly. Stupeň závislosti 1



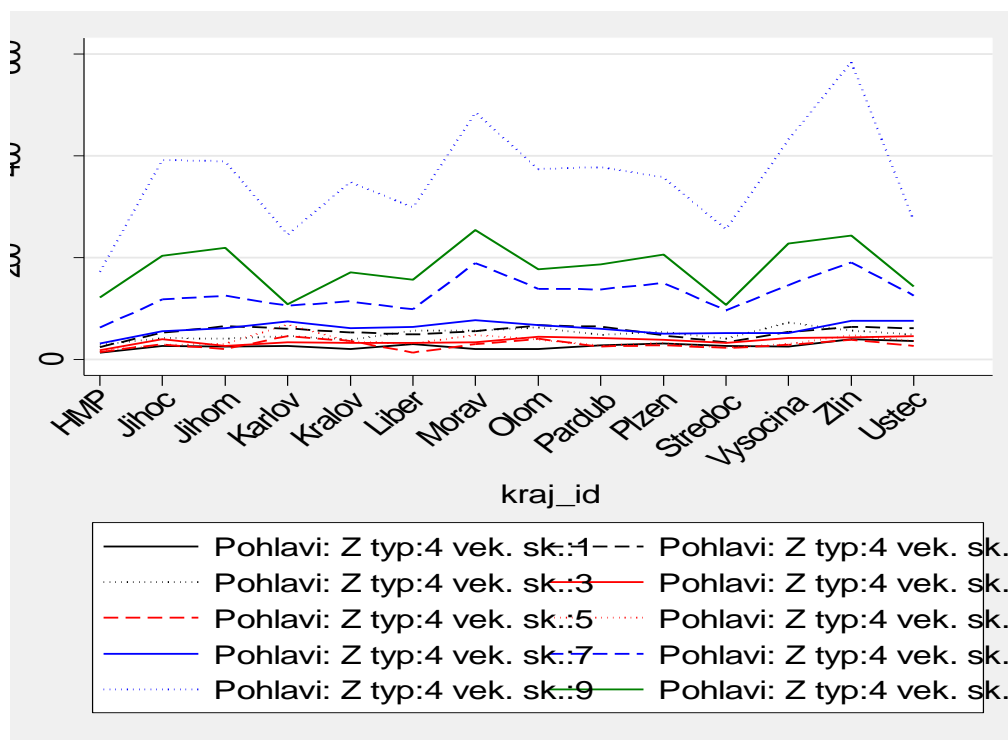
Panel 33: Normalizované výdaje po krajích ČR (na 100 000 obyvatel), ženy a věkové intervaly. Stupeň závislosti 2



Panel 34: Normalizované výdaje po krajích ČR (na 100 000 obyvatel), ženy a věkové intervaly. Stupeň závislosti 3



Panel 35: Normalizované výdaje po krajích ČR (na 100 000 obyvatel), ženy a věkové intervaly. Stupeň závislosti 4



Nyní můžeme učinit několik závěrů. Předně, největší počet opečovávaných lidí na 100000 obyvatel je ve věku 70 až 100 let. Zde tedy vidíme, že stárnutí populace bude mít velmi významný vliv na růst výdajů a jedná se tedy o hlavní rizikový faktor. Při modelování výdajů do budoucna tak věkový faktor bude hrát zcela zásadní roli.

Vedle toho vidíme, že ačkoli není výrazný rozdíl ve výdajích na osobu napříč kraji, normalizovaný počet osob se výrazně liší. Například pro typ 1 (stupeň závislosti 1) muži ve věku 70 až 79 let je rozdíl mezi Hlavním městem Prahou a Libereckým krajem více než dvojnásobný. HMP, spolu se Středočeským krajem vykazuje nejmenší počet osob. Nikoliv překvapivě pozorujeme, že se počty opečovávaných osob liší podle stupně závislosti a pohlaví, kde ženy dominují nad muži.

Příloha 3: Vyjádření expertů účastnících se 1. kulatého stolu k možnostem zapojení alternativních způsobů vycházejících z nejlepší praxe v analyzovaných evropských zemích

Odpovědi ohledně aplikovatelnosti vybraných změn do systému financování dlouhodobé péče v ČR byly poskytnuté ze strany 6 účastníků kulatého stolu.

Č Doporučení		Počet preferencí
Způsob financování		
1	Financování dlouhodobé péče z povinného pojištění odváděného z hrubé mzdy	5
2	Zapojení lokálních daní do financování dlouhodobé péče. Poskytování dodatečných financí ze strany obcí nebo krajů.	4
3	Stanovení maximální výše pobíraných sociálních dávek	4
4	Diferenciace výše dávek v závislosti od příjmu a majetku domácnosti / pečovatele / opečovávanou osobu (testování dávek)	2
Finanční benefity		
5	Přímá podpora – dávky vyplácené přímo neformálním pečovatelům	2
6	Zavedení věcných dávek. Diferenciace výše dávky a věcné dávky v závislosti od způsobu poskytované péče.	5
7	Diferenciace výše příspěvku v závislosti od opečovávané osoby (dítě, senior, osoba v terminálním stadiu)	4
8	Úprava způsobu přidělování PnP (Přidělování příspěvku na základě závislosti potřebnosti péče, reagující na specifické situace (demence atd.))	3
9	Zařazení doby poskytování neformální péče mezi náhradní doby důchodového pojištění. Pojištění v průběhu poskytování neformální péče hradí stát.	5
10	Dodatečné finanční příspěvky (léky, stavební úpravy, transport, jídlo, atd.).	1
11	Přechodový příspěvek – před přiznáním PnP	4
Zaměstnanecké benefity		
12	Zaměstnání neformálních pečovatelů. Vyplácení odměny neformálního pečovatele formou tržní mzdy.	1
13	Doplatky na ušlou mzdu při neúplných úvazcích	2
14	Pečovatelská dovolená (dlouhodobá formou snížení mzdy, nebo vyplácením částečné mzdy také po návratu do práce)	4
15	Dlouhodobá rodinná dovolená – neplacená s podporou v nezaměstnanosti a s hrazením pojištění státem	5
16	Placená dovolená po omezenou dobu hrazená ze sociálního pojištění	3
17	Poradenství od zaměstnavatele pro pečující zaměstnance + zaměstnanecké benefity	5
18	Flexicurity – vysoká flexibilita pracovních úvazků v kombinaci s vysokou ochranou v nezaměstnanosti	6
Podpora při poskytování služby		
19	Daňový odpočet při poskytování péče	4
20	Care and case management – nastavování individuálních plánů péče, vizity v domácnosti, přizpůsobení péči	4
21	Koordinátor zdravotní a sociální péče – individuální přístup	6
22	Komunitní přístup – např. sdílení neformálních pečovatelů)	5
23	Podpora asistivních technologií při poskytování domácí péče	5
Informační podpora		
24	Servicestellen – kontaktní místo municipalit poskytující propojení poptávky s nabídkou sociálních služeb	4
25	Svépomocné skupiny – komunitní sdružení pečujících osob, které si navzájem poskytují informace	5
26	Poradenská centra – primárně poskytují informace o možnostech poskytování služeb nebo zprostředkují kurzy vzdělávání	4
27	Institut náhradní péče, výpomoc v domácnosti	5
Vzdělávání		
28	Vzdělávací kurzy pro neformální pečovatele	6

Č Doporučení		
29	Contact days – vzdělávací kurzy spojené s dovolenou u zaměstnavatelů	2
30	Expert patient scheme – program pro vzdělávání opečovávaných osob k docílení vyššího sebevědomí, vyšší kvality života a efektivnějšímu zvládnutí jejich zdravotního stavu	4
31	Zvyšování povědomí o situaci neformálních pečovatelů napříč zaměstnavateli a veřejností	4
32	Legislativní ukotvení neformální péče	4